ROK III WARSZAWA 1929 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. M. GRZYBOWSKI.

Znaczenie odczynu Wassermana w praktyce lekarskiej.

Odczyny serologiczne odgrywają duże znaczenie w praktyce lekarskiej lekarza syfilidologa i neurologa, w innych gałęziach wiedzy lekarskiej ta metoda djagnostyczna jest mniej stosowana; a dla syfilidologów wydaje się nie ulegać wątpliwości, że współczesna medycyna wewnętrzna naogół nie docenia doniosłości tego odczynu. Z innej strony wśród syfilidologów panuje często przecenianie odczynów serologicznych; dlatego też czasem, zwłaszcza w masowej praktyce, tak szeroko rozwiniętej obecnie, są odczyny serologiczne nie potwierdzeniem rozpoznania, a ich głównym filarem i prawie jedynem wskazaniem leczniczem; postępowanie to jest błędne i nader szkodliwe. Najdobitniej podkreśla to zachowanie wielu chorych na kiłę, którzy wedle swego widzimisię udają się do pracowni dla wykonania badania serologicznego krwi i, zależnie od wyniku, leczą się lub uznają leczenie w danym czasie za zbyteczne.

Niniejsze repetitorjum kliniczne ma na celu przedyskutowanie znaczenia odczynów serologicznych dla lekarza praktyka dla ułatwienia posługiwania się tą metodą w tych wypadkach i warunkach, w których może ona dać cenne wyniki i dla uniknięcia błędnego tłomaczenia wyniku-

Aczkolwiek dotąd mówię stale „odczyny serologiczne", to mam na myśli głównie znaczenie odczynu *Wassermana*, czyli odczynu wiązania dopełniacza; a to przedewszystkiem z tego względu, że odczyn ten jest najpowszechniej stosowany; liczne odczyny kłaczkujące nie zyskały tak szerokiego rozpowszechnienia, jak odczyn *Wassermana*; odczyny te zazwyczaj wykonywa się równolegle z podstawowem badaniem serologicznem, którem jest odczyn *Wassermana*.

Chociaż nie będę omawiał tu strony technicznej odczynu odchylania dopełniacza, to jednak muszę pokrótce nadmienić,

że w Polsce stosujemy najczęściej badanie surowicy ogrzanej, że modyfikacja *Bauera-Hechta* z surowicą nieogrzaną stosowana w krajach romańskich jest, zdaje się, czulsza, ale mniej swoista. Odpowiedzi udzielane przez pracownie i wyrażone rozmaitą ilością plusów oznaczają kompletną hemolizę, czyli odczyn ujemny (—) u osobników niekiłowych, całkowite zatrzymanie hemolizy, czyli odczyn silnie dodatni oznaczony trzema lub czterema plusami w przypadkach czynnej kiły; stadja pośrednie oznaczamy mniejszą ilością plusów, względnie ±. Oznaczanie maksymalnego napięcia odczynu trzema lub czterema plusami jest kwestją zwyczajów danej pracowni.

Przy pobieraniu i przesyłce krwi należy zachować przepisy aseptyki, nader ważnem jest odsyłanie krwi do badania do doświadczonego serologa do dobrze zaopatrzonej pracowni; pracownie małe, pracujące z małą ilością surowic, mają mniej przypadków kontrolnych, częściej brak im świeżych odczynników, dlatego też mają one większe szanse popełnienia błędu.

Odczyn Wassermana u osobników niekiłowych jest zazwyczaj ujemny; zdarzają się wprawdzie przypadki mniej lub bardziej silnego odczynu dodatniego u osobnika zdrowego, są to jednakże zawsze wyniki przemijające, badanie bowiem powtórne daje w tych przypadkach wynik ujemny. Czy tego rodzaju przemijające wyniki dodatnie u osobników zdrowych tłomaczyć musimy błędem technicznym, czy też bliżej nieznanemi własnościami fizyko-chemicznemi badanej surowicy, powiedzieć trudno. Dla zobrazowania liczbowego wyników serologicznych u osobników zdrowych przytoczę statystykę *Boasa*, który wśród 1927 osobników niekiłowych tylko w 5 przypadkach stwierdził dodatni odczyn *Wassermana*.

Ważniejsze znaczenie ma tu okoliczność, że odczyn *Wassermana* może być dodatni nie tylko u osobników kiłowych; i że w przebiegu wielu innych chorób odczyn *Wassermana* może być dodatni, co świadczy o tem, że nie jest on całkowicie swoisty. W następujących chorobach spostrzegano występowanie dodatniego odczynu *Wassermana:*

Płonica. Jak zwracają uwagę liczni serologowie, płonica może spowodować wystąpienie dodatniego odczynu *Wassermana;* na podstawie dosyć obszernych zestawień liczbowych można powiedzieć, że występuje to w 6 — 8% przypadków płonicy. U poszczególnych jednak autorów liczby są bardzo rozmaite, tak naprzykład *Bruck* i *Cohn* wśród 28 przypadków mieli 8 razy odczyn dodatni, wówczas gdy *Hoehne* na 133 chorych spostrzegał odczyn dodatni tylko w jednym przypadku. Tego rodzaju różnicę w liczbach tłomaczyć należy tem, że dodatni odczyn *Wassermana* w płonicy jest zjawiskiem szybko przemijającem i krótkotrwałem; dlatego też badanie krwi w rozmaitych okresach choroby mogło dać wyniki bardzo rozmaite.

Krótkotrwałość zmian serologicznych w płonicy obok bardzo odmiennego obrazu klinicznego kiły i płonicy, pozbawia występowanie dodatniego odczynu *Wassermana* w płonicy — wszelkiej doniosłości praktycznej.

Zimnica. W okresach gorączkowych zimnicy odczyn *Wassermana* jest często dodatni; jest to spostrzeżenie potwierdzone przez wielu autorów; a niektórzy, jak naprzykład *Meier* i *Bonfiglio* spostrzegali aż w 80% przypadków zimnicy odczyn dodatni. Większe znaczenie od wyników otrzymanych u chorych (na zimnicę) gorączkujących mają spostrzeżenia stwierdzające, że u osobników, którzy przebyli zimnicę przed laty, zwłaszcza u chorych z przemijającemi okresami stanów podgorączkowych (zimnica przewlekła), lub nawet niegorączkujących, odczyn *Wassermana* może być dodatni; w przypadkach tego rodzaju odczyn *Wassermana* często jest trwały, a nie przemijający i może być źródłem błędów djagnostycznych.

Stany gorączkowe. Zdaniem wielu autorów rzeczą prawdopodobną jest, że występowanie dodatniego odczynu *Wassermana* w płonicy i zimnicy zależne jest od stanu gorączkowego; przypuszczenie to jest w zgodzie z tem spostrzeżeniem, że w przebiegu wielu chorób gorączkowych spostrzeżono pojedyńcze wyniki dodatnie u osobników niekiłowych. Jednakże wedle zdania *Boasa* ani gruźlica przebiegająca z podwyższoną ciepłotą, ani dur i zapalenie płuc nie powodują dodatniego odczynu *Wassermana*.

Przez ostrożność jednak w stanach gorączkowych nie należy dokonywać badania krwi podług *Wassermana,* w razie zaś otrzymania wyniku dodatniego nie uważać go za ostateczny i badanie powtórzyć.

Trąd — jest prawie jedyną chorobą z chorób przewlekłych, która dosyć często wywołuje dodatni odczyn *Wassermana*, zdarza się to częściej w postaci guzowatej tej choroby; z powodu jednak rzadkości trądu u nas znaczenia djagnostycznego okoliczność ta nie ma.

Choroby przemiany materji — (nap. cukrzyca), choroby gruczołów dokrewnych i układu nerwowego — nie powodują występowania dodatniego odczynu *Wassermana*. To też u tego rodzaju chorych odczyn jest zazwyczaj ujemny — z wyjątkiem naturalnie tych przypadków, w których choroba powstała na tle kiły.

Nowotwory złośliwe — nie powodują występowania dod. odcz. *Wassermana*.

Narkoza. Czasem, zwłaszcza w szpitalach i klinikach chirurgicznych, lekarze korzystają z uśpienia chorego i w czasie narkozy pobierają krew do badania podług *Wassermana*. Postępowanie to może być źródłem błędu, u narkotyzowanych bowiem chorych może wystąpić przemijający dodatni odczyn *Wassermana*; *Boas* w swojej statystyce podaje, że spostrzegał to u 3 wśród 60 narkotyzowanych chorych, a *Wolfsohn* u 11 z pośród 50 badanych w czasie uśpienia osobników.

Choroby skóry. W ostatnich czasach ogłoszono sporo przypadków rozmaitych chorób skóry u osobników niekiłowych, u których odczyn *Wassermana* był dodatni. Spostrzeżenia te dotyczą przeważnie łysienia plackowatego, bielactwa, wilka rumieniowatego, pęcherzycy bujającej, twardzieli skóry; oceniać jednak tego rodzaju spostrzeżenia należy z najdalej idącą ostrożnością, analiza krwi bowiem zawsze przeprowadzana była techniką *Hechta* (z surowicą nieogrzaną); technika ta, jak wskazałem, daje często wyniki nieswoiste.

Dlatego też dane te wymagają sprawdzenia, a obecnie jeszcze uważać należy, że choroby skóry nie powodują występowania trwałych dodatnich odczynów *Wassermana*.

Wrzód miękki i dymienica. Duże znaczenie, zwłaszcza dla syfilidologów, ma badanie krwi podług *Wassermana* w przypadkach wrzodów miękkich i dymienic. Aczkolwiek występowanie dodatniego odczynu *Wassermana* w tych schorzeniach należy do rzadkości, to jednak przypadki tego rodzaju niewątpliwie istnieją, o czem miałem sposobność przekonać się osobiście. Częściej zdarza się to w przypadkach wrzodów miękkich powikłanych dymienicą; jednakże, jak wykazują spostrzeżenia *Blumenthala*, *F. Lessera* i *E. Hoffmana*, nawet przypadki niepowikłanych wrzodów miękkich mogą spowodować dodatni odczyn *Wassermana*. Zazwyczaj jednak we wszystkich tych przypadkach odczyn jest słabo dodatni i szybko przemija.

Ze względu na powyższe spostrzeżenia, w przypadku wrzodów miękkich z dodatnim odczynem *Wassermana*, należy postąpić w sposób następujący:

a) dokładnie zbadać chorego klinicznie (obecność krętków w owrzodzeniu i gruczołach chłonnych, obecność lub brak innych objawów kiły dla wykluczenia lub rozpoznania zakażenia mieszanego);
b) drogą wywiadów ustalić resp. wyłączyć obecność lub prawdopodobieństwo dawniejszego zakażenia kiłą;
c) zbadać ponownie krew; w tym wypadku polecić pracowni dokonanie próby z kilkoma antigenami.

W przypadkach zakażenia mieszanego dodatni odczyn powinien wypaść ponownie, zahamowanie hemolizy jest przytem silniejsze aniżeli w pierwszem badaniu. W przypadkach wyniku nieswoistego przy pierwszem badaniu badanie ponowne daje zazwyczaj wynik ujemny.

Czynniki maskujące dodatni odczyn Wassermana. Obok chorób, które mogą wywołać dodatni odczyn *Wassermana* u osobników niekiłowych - następujące przyczyny mogą chwilowo zamaskować dodatni odczyn w surowicy krwi u osobnika kiłowego:

Znaczne spożycie wyskoku może, podług *Craiga* i *Nicholsa*, wywołać przemijające zniknięcie dodatniego odczynu *Wassermana*. Według innych autorów to samo wywołać mogą stany gorączkowe; to też *Spielman i Lamy* spostrzegali zniknięcie odczynu *Wassermana* po grypie, *Teissier i Lutembacher* w następstwie odry, *Boas* spostrzegał to samo w dwóch przypadkach porażenia postępującego u chorego gorączkującego; po ustąpieniu stanu gorączkowego odczyn *Wassermana* był znów dodatni. Dodam, że u chorych w agonji

wielu autorów spostrzegało zniknięcie dodatniego odczynu *Wassermana* — okoliczność ta nie ma jednak znaczenia praktycznego.

Odczyn Wassermana w kile wczesnej. Zestawienie odsetki wyników dodatnich w przypadkach objawów pierwotnych jest zupełnie bezcelowe ze względu na to, że odczyn *Wassermana* przy zakażeniu kiłą występuje dopiero po kilku tygodniach. To też liczby przytaczane przez rozmaitych autorów są bardzo różne, dla illustrowania tego mogę przytoczyć następujące dane — *Mühson*, *Fleischmann* obliczają na 100% wynik dodatni odczynu *Wassermana* u chorych z objawami pierwotnymi; w przeciwieństwie do tego *Müler* ocenia swoje dodatnie wyniki na 45.5%, a *Heller* na 38%. Tłomaczyć tak znaczną różnicę należy niewątpliwie tem, że badanie chorych było dokonane w rozmaitych okresach rozwoju objawu pierwotnego — na początku choroby przez jednych, przy końcu przez innych autorów. Co do czasu występowania dodatniego odczynu Wassermana, to większość autorów sądzi, że nie występuje on przed upływem 6 tyg. po zakażeniu; niewątpliwie i ten termin należy przyjmować z zastrzeżeniem, już chociażby dlatego, że nie zawsze łatwo jest określić ściśle datę zakażenia; moje własne jednakże spostrzeżenia na dużym materjale z temi danemi naogół są zgodne. Spostrzeżono jednakże przypadki, w których odczyn *Wassermana* był dodatni znacznie wcześniej, tak np. *Gennerich* widział wyniki dodatnie w 9, 16 ym i 21 dniu po zakażeniu — są to jednak wyjątki, budzące nawet pewną wątpliwość. Odwrotnie, w niektórych przypadkach spostrzegano nader późne występowanie odczynu dodatniego, tak np. *Gougerot* w 3 przypadkach stwierdził dodatni odczyn dopiero w 100—120 dni po zakażeniu i to dopiero przy piątem badaniu krwi; *Jersild* przytacza przypadek, w którym odczyn *Wassermana* wystąpił w 11 — 12 tyg. po zakażeniu.

Jeszcze kilka lat temu przypisywano wielkie znaczenie chwili występowania dodatniego odczynu *Wassermana* i dzielono wczesną kiłę (lues primaria) na okresy przed—i po serologiczne; było to w epoce, gdy większość syfilidologów stosowała jeszcze t. zwane poronne kuracje; polegały one, jak wiadomo, na stosowaniu częstych i wysokich dawek środków przeciwkiłowych w przypadkach wczesnej kiły dla osiągnięcia szybkiego i definitywnego uleczenia. Obecnie wiemy, że uogólnienie zarazka następuje znacznie wcześniej od zmian serologicznych we krwi; to też podział kiły na surowiczo dodatnią i surowiczo ujemną ma mniejsze znaczenie praktyczne, a w każdym razie wynik badania surowicy nie wpływa na sposób leczenia kiły.

W związku z powyższem nie przypisujemy obecnie żadnego znaczenia objawowi serologicznemu, opisanemu przez *Tzancka* pod nazwą „crochet positif“ (positive Schwankung d. Wassermannschen Reaktion). Objaw ten polega na przemijającem wystąpieniu dodatniego odczynu *Wassermana* u osobnika z wczesną surowiczo-ujemną kiłą. Podług dawniejszych zapatrywań leczenie poronne nie miało widoków powodzenia, o ile w czasie leczenia objaw ten wystąpił. Obecnie, gdy leczenie poronne stosowane już nie jest i ten objaw znaczenia praktycznego już nie ma.

Odczyn Wassermana w kile drugorzędnej objawowej jest zazwyczaj dodatni, a procent wyników dodatnich można uważać praktycznie za równy 100; to też w przypadkach ujemnego wyniku odczyuu *Wassermana* u chorego z objawami kiły drugorzędnej podejrzewać należy błąd techniczny lub djagnostyczny; opisano jednakże pojedyńcze przypadki, w których błąd techniczny wydaje się być wykluczony; *Christjansen* na podstawie dużej ilości przypadków kiły drugorzędnej spostrzegał 11 razy wśród 1663 chorych wynik ujemny.

Badanie odczynu Wassermana u chorych z objawami kiły drugorzędnej może mieć znaczenie djagnostyczne dla niespecjalistów; dla specjalistów jest to jedynie potwierdzenie rozpoznania.. Dodam, że w przypadkach t. zw. kiły złośliwej odczyn Wassermana jest zazwyczaj ujemny.

Kiła bezobjawowa. Badanie surowicy krwi u chorych nie posiadających żadnych objawów kiły często ma nader doniosłe znaczenie praktyczne; można nawet twierdzić, że opracowanie dokładnych metod badania surowicy krwi w tym właśnie okresie choroby powinno mieć większe znaczenie od badania krwi osobników, u których są te lub inne objawy chorobo-

we te ostatnie bowiem można zazwyczaj rozpoznać już na podstawie badania klinicznego.

Chorzy na kiłę bezobjawową przedstawiają element bardzo niejednolity pod względem stanu swego zdrowia, to też przytaczanie wyników badania ich krwi nie ma celu. Jest to zupełnie zrozumiałe, jeśli się zważy, że w długoletnim okresie kiły bezobjawowej najrozmaitsze czynniki wpływają na stan serologiczny krwi. Wśród tych czynników na pierwszem miejscu wymienić trzeba odpowiednie leczenie — dlatego też odczyny serologiczne u osobników nieleczonych lub niedostatecznie leczonych są bez porównania częściej dodatnie niż u osobników leczonych; drugim czynnikiem wpływającym na odczyny serologiczne jest czas trwania choroby; naogół można powiedzieć, że w miarę trwania choroby odsetka wyników dodatnich stopniowo się zmniejsza. Przytoczę liczby podane przez rozmaitych autorów z podziałem kiły bezobjawowej na przypadki wczesne — 3—4 lata po zakażeniu, oraz z innej strony na późną kiłę bezobjawową 5—30—40 lat po zakażeniu.

W pierwszej grupie (wczesna kiła bezobjawowa) *Blaschko i Citron* spostrzegali 80% wyników dodatnich, *Blümenthal* i *Roscher* — 48%, *Bruns* i *Halberstädter*— 43,4%, *Fleischmann* — 64%.

W drugiej grupie (późna kiła bezobjawowa) *Blaschko i Citron* spostrzegali 57% wyników dodatnich, *Blümenthal* i *Roscher*— 40%, *Bruns* i *Halberstädter* — 28%, *Fleischmann* — 42%.

Przy porównaniu tych liczb z wynikami otrzymywanymi w kile czynnej widać, że w okresach bezobjawowych odczyn *Wassermana* znacznie rzadziej jest dodatni niż w okresach objawowych, a że w przypadkach wczesnej kiły jest on częściej dodatni. Należy dodać jeszcze, że systematyczne nadanie krwi osobnika kiłowego w przeciągu długoletniego okresu bezobjawowego biejednokrotnie wykazuje wahania serologiczne w dosyć nawet szerokich granicach.

Kiła trzeciorzędna. Procent wyników dodatnich w kile trzeciorzędnej jest bardzo wysoki, u wielu autorów równa się on 100% — *Blumenthal-Roscher*, *Bruns-Halberstädter*, *Meier*, *Schönfeld;* istnieją niewątpliwie jednak przypadki kiły trzeciorzędnej z ujemnym odczynem *Wassermana*, dlatego też na podstawie dużych statystyk można uważać ten procent równym 80 — 90.

Metalues. W schorzeniach kiłowych układu nerwowego badanie serologiczne krwi ma mniejsze znaczenie od badania płynu mózgowo-rdzeniowego, w nim bowiem zachodzą zmiany pozwalające rozpoznać nie tylko etjologję zaburzeń, lecz i ich postać: metalues, lues cerebrospinalis i t. d.

O zachowaniu zaś odczynu *Wassermana* w surowicy krwi chorych na metalues powiedzieć można, że bardzo często, ale nie zawsze, odczyn ten jest dodatni; ci autorzy, którzy, jak *Boas*, twierdzą że u chorych na wiąd rdzenia i na porażenie jest on stale dodatni, są, zdaniem moim, w błędzie; spostrzegałem bowiem sam niejednokrotnie ujemny odczyn *Wassermana;* u chorych na metalues; jednakże w przypadkach, w których odczyn *Wassermana* jest dodatni ma on wielką uporczywość i z wielkim trudem udaje się go zmienić.

Kiła wrodzona. Serologja kiły wrodzonej nie jest jeszcze całkowicie opracowana i zapatrywania w tej dziedzinie są sporne. Spostrzega się czasem dzieci klinicznie zdrowe, u których odczyn *Wassermana* jest dodatni i rodzice których chorują na kiłę. Z innej strony zdarza się, acz rzadziej, spotkać dzieci z kiłą objawową wrodzoną z ujemnymi odczynami serologicznymi; zdarza się to zazwyczaj albo w pierwszych tygodniach po urodzeniu lub też u dzieci starszych, to znaczy w późnych postaciach kiły wrodzonej (lues hereditaria tarda). Dodam, że odczyny serologiczne w kile wrodzonej są nader oporne na leczenie, natomiast, jak na to zwrócil uwagę *Sabouraud* i co miałem możność sam spostrzegać, w wieku 15—18 lat, t. zn. mniej więcej w okresie dojrzewania płciowego, odczyny serologiczne same stają się ujemne.

Wszystko wyszczególnione powyżej odnosi się do właściwej kiły wrodzonej, t.zn. do zmian wywołanych przez obecność i życie krętka bladego. Jednakże potomstwo kiłowych często posiada najrozmaitsze wady rozwojowe i dystrofje nie będące już kiłą, ale zdarzające się znacznie częściej, lub nawet wyłącznie, u potomków kiłowych rodziców. Co do tych osobników powiedzieć należy, że odczyn *Wassermana* jest u nich zazwyczaj ujemny; są jednakże lekarze o wielkiej kompetencji, którzy

twierdzą, że i podobnym dystrofjom może towarzyszyć dodatni odczyn *Wassermana*; *Sabouraud* twierdzi nawet, że u tego rodzaju potomstwa kiłowych rodziców widywał dodatni odczyn *Wassermana*, jako jedyną, niejako „serologiczną", dystrofję.

Z punktu widzenia praktycznego najważniejszą kwestją jest ta okoliczność, że u noworodków nawet z objawami kiły wrodzonej odczyn *Wassermana* występuje często dopiero po upływie kilku tygodni; w tym czasie niemowlęta nie mające na sobie klinicznych objawów kiły mogą stanowić źródło dużego niebezpieczeństwa dla innych dzieci lub dla kobiet, którym mogą być oddane dla karmienia (mamki i t. d.).

Znaczenie djagnostyczne odczynu Wassermana. Powyższe zestawienia pozwalają na wnioski o wartości praktycznej dla rozpoznania odczynu *Wassermana*; wnioski ująć można w szereg punktów;

1. U osobników niekiłowych może wystąpić dodatni odczyn *Wassermana* w surowicy — stany gorączkowe, zimnica, płonica, dymienica i t. d., odczyn w tych przypadkach jest przemijający i zazwyczaj słabo dodatni.

2. U osobnika kiłowego odczyn może być ujemny w następujących wypadkach a) pierwsze 6 tygodni po zakażeniu; b) okresy bezobjawowe; c) okresy po ukończeniu leczenia; d) kiła złośliwa; e) wreszcie pewien procent przypadków kiły czynnej wszystkich okresów.

3. Wobec częstego współistnienia rozmaitych innych chorób z kiłą — obecność dodatniego odczynu nie rozpoznaje „badanej sprawy" jako kiłowej, lecz tylko rozpoznaje obecność kiły u badanego osobnika.

4. Rozpoznanie objawu pierwotnego na podstawie danych serologicznych może być dokonane dopiero po upływie 6 tygodni od chwili zakażenia; wynik ujemny przed upływem tego terminu nie świadczy, że nie nastąpiło zakażenie kiłą.

5. Ujemny wynik odczynu *Wassermana* w 9—10 tygodni od chwili zakażenia czyni mało prawdopodobnem istnienie świeżego zakażenia kiłą.

6. Obecność ujemnego odczynu *Wassermana* u chorego z wysypką, o ustalenie istoty której chodzi — czyni mało prawdopodobnem, że badana osutka jest pochodzenia kiłowego; należy sądzić, że jest to osutka niekiłowa u osobnika wolnego od kiły lub nawet u kiłowego w okresie bezobjawowym.

7. To samo powiedzieć można o owrzodzeniach i naciekach wzbudzających podejrzenie pochodzenia kiłowego.

8. Silnie dodatni kilkakrotny odczyn *Wassermana* u osobnika klinicznie zdrowego i nawet z ujemną anamnezą—stwierdza obecność u badanego kiły bezobjawowej.

9. Ujemny odczyn *Wassermana* w surowicy krwi nie wyłącza metaluesu lub kiły wrodzonej.

10. Nie należy opierać rozpoznania na wynikach analizy serologicznej, a tylko szukać w niej potwierdzenia rozpoznania.

Znaczenie odczynu Wassermana dla ustalenia wskazań leczniczych. W kile czynnej niezależnie od postaci i okresu jej (lues I, II, III—metalues) wskazaniem do leczenia jest obecność objawów chorobowych. Wskazania zaś serologiczne w przypadkach kiły objawowej całkowicie ustępują na drugi plan wobec jasności i doniosłości wskazań klinicznych. Natomiast w okresach bezobjawowych kiły wyniki badania krwi powinny być brane w rachubę przy ustalaniu wskazań leczniczych; źle jest jednak, gdy wynik badania serologicznego jest jedynym w tym kierunku kryterjum, jak to często czynią chorzy, a nawet lekarze.

Usprawiedliwienie tego postępowania leży niewątpliwie również i w trudności ustalenia wytycznych racjonalnego leczenia kiły w okresach bezobjawowych, — tego zatem leczenia, które francuzi nazywają traitement d'entretien i które należy odróżniać od leczenia w okresach czynnych — traitement d'attaque. To też przyznaję, że uwagi moje o wskazaniach leczniczych w kile bezobjawowej mogą wywołać zastrzeżenia. Aczkolwiek niemożliwem jest powiedzieć, jaki system leczenia kiły jest dostateczny dla uleczenia, nie mamy bowiem kryterjów wyleczenia, to jednak praktycznie istnieje wszakże różnica pomiędzy stanem chorego, który otrzymał kilka injekcji środka przeciwkiłowego, a takim, który przeszedł 8—12 systematycznych kuracji. Chorzy należący do pierwszej kategorji niezależnie od stanu klinicznego, który może być zupełnie pomyślny i niezależnie od wyniku prób serologicznych — muszą być leczeni.

Druga natomiast kategorja chorych w wypadku braku objawów klinicznych, w szczególności metaluesu i kiły narządów wewnętrznych—winna być poddana leczeniu tylko w tym wypadku, jeśli odczyn serologiczny wypadnie dodatnio. Jest to, zdaniem mojem, prawie jedyny przypadek, w którym wskazanie lecznicze ustala się na podstawie wyników badania krwi. Dodam, że przy ustaleniu wskazań leczniczych u chorych z kiłą bezobjawową należy brać w uwagę nietylko stan zdrowia chorego, lecz również i stan zdrowia jego rodziny—mianowicie liczyć się trzeba z tem, czy została zakażona żona, czy potomstwo jest zdrowe i donoszone, czy nie było poronień. Powyższe wyjaśnię na przykładach, które sam spostrzegałem.

1. W r. 1922 zgłosił się do mnie chory, z objawąmi czynnej kiły wczesnej — kiłowa angina, kłykciny przy odbycie, odczyn *Wassermana* silnie dodatni; chory ten otrzymał dwie injekcje bizmutu i jedną neoarsenobenzolu poczem samowolnie leczenie przerwał. Pokazał się ponownie w końcu r. 1928 — w ciągu ubiegłych lat nie leczył się wcale, w chwili zaś badania nie przedstawiał żadnych objawów klinicznych i odczyn *Wassermana* w surowicy krwi u niego był ujemny; zgłosił się ten chory do mnie, ponieważ w ostatnim roku wstąpił w związek małżeński, w następstwie czego zakaził żonę.

Jest to zatem przykład osobnika, który winien być leczony niezależnie od dobrego stanu klinicznego i ujemnego wyniku próby serologicznej — li tylko na podstawie istnienia kiły niedostatecznie leczonej.

2. Chory M. T. zachorował na kiłę w r. 1920, przebył u mnie i u innych lekarzy 15 kuracyj swoistych; w r. 1928 nie przedstawiał zmian klinicznych, ma zdrową żonę i dzieci; odczyn serologiczny był dodatni; co uważałem za wskazanie do leczenia.

Inną serję przypadków stanowią chorzy — zdrowi klinicznie, którzy nigdy rzekomo kiły nie przechodzili i u których badanie serologiczne (czasem dokonane ze względów przypadkowych) daje wynik dodatni; najczęściej dokładne wywiady ustalają w tych przypadkach obecność w przeszłości „zatarcia“ lub „wrzodzika“ uznanego za rzecz błahą; w takich przypadkach odczyn *Wassermana* jest również wskazaniem do przeprowadzenia leczenia.

Jeszcze kilka lat temu odróżniano kiłę pierwotną surowiczoujemną od kiły surowiczododatniej; sądzono, że w przypadkach surowiczoujemnych możliwem jest osiągnięcie „wyjałowienia“ ustroju przez stosowanie dużych i częstych dawek, przez stosowanie zatem leczenia poronnego, obecnie leczenie poronne stosowane już nie jest. Dlatego też pod względem leczniczym nie odróżnia się obecnie tych dwóch okresów kiły wczesnej (surowiczododatniego i surowiczoujemnego); tak u jednych jak i u drugich chorych nie można ograniczyć się do jednego leczenia.

R e a k t y w a c j a o d c z y n u W a s s e r m a n a. Niektórzy autorowie (*Gennerich* i *Millian*) spostrzegli, że czasem po wstrzyknięciu neoarsenobenzolu odczyn *Wassermana* staje się dodatni, nawet u osobników, u których przed badaniem był on ujemny. Zjawisko to opisano pod nazwą reaktywacji serologicznej; starano się wysnuć z tego objawu wnioski praktyczne, sądząc, że „reaktywować“ kiłę można u osobników, u których jest ona chociaż w słabym stopniu czynna; brak tej reaktywacji uznawano poniekąd za objaw pomyślny, obecność reaktywacji natomiast za wskazanie lecznicze.

Przeprowadziłem w celu ustalenia prawdziwości tych spostrzeżeń — szereg prób (obecnie mam zbadanych 50 przypadków) i zgadzam się całkowicie z *Boasem*, że odczyn ten nie ma znaczenia praktycznego, bowiem:

a) wyniki odczynu wahają się w granicach bardzo wąskich—naprzykład WR + przed i WR. ++ po reaktywacji, wahają się zatem najczęściej w granicach subjektywnego błędu przy ocenie wyniku;

b) tego rodzaju drobne różnice w wynikach próby *Wassermana* napotykamy u osobników kiłowych, którym nie robiono żadnej reaktywacji;

c) w wielu przypadkach kiły czynnej (tabes, aortitis luetica) z ujemnym wynikiem odczynu *Wassermana* reaktywacji często nie daje się wywołać, pomimo istnienia w ustroju „czynnych“ ognisk.

Z n a c z e n i e o d c z y n u W a s s e r m a n a d l a r o k o w a n i a; rokowanie w kile należy do rzeczy niezwykle trudnych; rokowanie zaś na podstawie wyniku próby serologicznej spotyka się ze sprzecznościami, które dowodzą, że nie ma ten odczyn wielkiego znaczenia prognostycz-

nego — z jednej bowiem strony jest on dodatni w kile czynnej i wielu ciężkim postaciom kiły (metalues, kiła naczyniowa) zazwyczaj towarzyszy dodatni odczyn Wassermana, z innej strony jest on ujemny w postaciach bardzo aktywnych i ciężkich, jak np. w kile złośliwej.

Nawet zasadnicza ocena istnienia dodatniego odczynów serologicznych nie jest nam znana, nie wiemy bowiem, na czem polega ich istota. Pokrótce mogę powiedzieć, że ścierają się dwa poglądy: jedni (*Gross Volk, Keyes, Palmer*) sądzą, że odczyny serologiczne są przejawem procesów odpornościowych i że mogą one być dodatnie nawet u osobników, u których kiła minęła; zachodziłaby w tym przypadku analogja do odczynu *Widala*, który może być dodatni długi czas po przebyciu duru. Na korzyść tego poglądu przemawia istnienie przypadków kiły surowiczo-dodatniej u osobników od szeregu lat klinicznie zdrowych, mających zdrowe potomstwo.

Dzięki istnieniu takich właśnie przypadków niektórzy określają dodatni odczyn *Wassermana* u osobników klinicznie zdrowych — nazwą defektu kosmetycznego (*Kosmetischer Fehler*) bez znaczenia praktycznego.

Więcej jest jednak autorów, którzy sądzą, że odczyny serologiczne nie są przejawem odporności surowiczej — lecz objawem choroby; wśród zwolenników tego poglądu spotykamy takie nazwiska, jak *Neisser, E. Hoffman, Boas, Bruck, R. Müller*. Z tego znów punktu widzenia uporczywy odczyn serologiczny jest objawem prognostycznie bardzo niepomyślnym. Rozstrzygnąć, które z tych zapatrywań jest słuszne na razie bardzo trudno, spostrzegałem jednakże na moim materjale, że tak zw. surowiczoodporne odczyny *Wassermana* (WR irreductible, lub Wassermanfeste Reaction) często widuje się u osobników, u których z biegiem lat rozwija się ciężkie powikłanie (np. metalues). Dlatego też w zgodzie z autorami francuskimi tego rodzaju zachowanie odczynów surowiczych zaliczam do prognostycznie niekorzystnych. Nadmieniam jednak jeszcze raz, że również i ujemny odczyn Wassermana w ciągu wielu nawet lat nie świadczy, że choroba minęła i dla tego też, pod względem prognostycznym, nie ma wartości. Zobrazuję to przytoczeniem opisu przypadku, który sam spostrzegałem: młody człowiek, lat 29, zgłosił się do mnie do amb. K. Chorych z objawem pierwotnym w okresie surowiczo-ujemnym; otrzymywał leczenie swoiste bardzo regularnie i przeszedł 10 kuracyj w ciągu 5 lat, kontrola surowicy krwi dawała stale wynik ujemny. Kiedy w czerwcu 1928 r. po pięcioletniem leczeniu postanowiłem leczenie całkowicie zakończyć i poddałem go szczegółowemu badaniu — spostrzegłem nierówność źrenic i brak odruchów ze ścięgien Achillesa; skierowany do neurologa chory przyszedł z rozpoznaniem rozpoczynającego się prawdopodobnie wiądu rdzenia.

Reasumując ten rozdział powiem, że obecnie najlepiej oceniać odczyn *Wassermana* jako objaw choroby i stosować należy w tych przypadkach leczenie swoiste; najczęściej t. zw. surowiczo-odporny odczyn *Wassermana* po kilkakrotnem intensywnem leczeniu — ustępuje.

Odczyn Wassermana i kwestja małżeństwa oraz kontrola prostytucji i mamek. Z powyżej przytoczonego zapatrywania na odczyn *Wassermana* jak na objaw kiły — wynika stosunek jaki powinien zająć lekarz wobec kwestji małżeństwa osobnika z dodatnim odczynem *Wassermana*. Przedewszystkiem więc nie należy sprawy małżeństwa osobnika kiłowego oceniać li tylko na podstawie kryterjum serologicznego; znacznie ważniejsze momenty w tym wypadku są: stan kliniczny chorego, czas trwania choroby, jakość i czas trwania leczenia,

Same zaś kryterja serologiczne w wypadku ujemnym nie wyłączają obecności kiły, jak nie wyłączają również jej zakaźności.

W przypadkach natomiast dodatniego wyniku odczynu *Wassermana* — należy małżeństwu sprzeciwić się — stoimy bowiem w tym wypadku albo wobec osobnika ze świeżą — mało lub wcale nie leczoną kiłą, lub znowu wobec osobnika z serologicznym nawrotem; w jednym i drugim wypadku osobnik taki może przenieść schorzenie na potomstwo i na żonę względnie męża.

Kontrola prostytucji przeprowadzana w większości państw powinna posługiwać się również i badaniem serologicznem; dzięki temu można spostrzec kiłę u osobnika bezobjawowego i do pewnego stop-

nia kontrolować przebieg choroby. Wobec tego jednakże, że zakażalność kiły dosyć szybko zmniejsza się po 3 latach trwania choroby — wskazane jest izolowanie tych tylko prostytutek (bezobjawowych), które mają odczyn *Wassermana* dodatni i na kiłę chorują krócej niż 3 lata.

Kontrola surowicy krwi u mamek branych do karmienia obcych dzieci powinna być przeprowadzana stale i to systematycznie — nie spostrzeże się wprawdzie w tej drodze wszystkich przypadków kiły — jednakże najniebezpieczniejsze z punktu widzenia możliwości przeniesienia choroby w ten sposób niewątpliwie będą wykryte. Dla ilustracji tego przytoczę liczby wzięte od *Bergmana,* który wśród 75 mamek spostrzegł u 7 (9,3%) dodatni odczyn *Wassermana;* tylko dwie z tych 7 mamek wykazywały kliniczne objawy choroby.

Wpływ leczenia swoistego na odczyn Wassermana. Z rozmaitych środków przeciwkiłowych, które proponowano dla leczenia kiły, posługujemy się obecnie najczęściej arszenikiem (w postaci arsenobenzolu), jodem, bizmutem i rtęcią; wpływ tych środków na odczyn *Wassermana* jest bardzo rozmaity.

Jod ani w postaci jodku potasu, ani w postaci słabszych od niego białkowych i lipoidowych połączeń — wpływu na odczyn *Wassermana* zazwyczaj nie wywiera. Wprawdzie niektórzy spostrzegali przypadki, w których odczyn *Wassermana* pod wpływem bardzo dużych dawek jodku potasu ustąpił, jednakże w większości przypadków tego osiągnąć nie udaje się.

Znacznie silniejszy wpływ na odczyn *Wassermana* wywiera rtęć; naturalnie dużo zależy od postaci i ilości podanej rtci—ę to też powiedzieć trzeba, że najskuteczniejsze są przetwory nierozpuszczalne, znaczenie słabsze działanie posiadają przetwory rozpuszczalne w wodzie, a zwłaszcza rtęć podawana doustnie; to też tymi sposobami prawie niemożliwe jest osiągnięcie cofnięcia się dodatniego odczynu *Wassermana.* Miejsce pośrednie zajmuje sumiennie przeprowadzone leczenie wcieraniami (150.0—180.0 gram maści szarej na kurację). Następując liczby (*Bering*) demonstrują wpływ rtęci na odczyny serologiczne w przebiegu kiły.

Z liczby 147 przypadków kiły — 78 osobników nie leczyło się zupełnie lub leczyło się niedbale — z nich odczyn dodatni był u 59 i u 19 był on ujemny; z 69 osobników leczonych starannie 11 miało odczyn dodatni i 58 ujemny.

Bizmut wywiera mniej więcej taki sam wpływ na odczyn *Wassermana,* jak i rtęć; można jednak zdaje się twierdzić, że wpływ preparatów rozpuszczalnych bizmutu jest bardzo słaby; co zaś do preparatów nierozpuszczalnych (zawiesin oleistych) to działanie ich zależne jest całkowicie od zawartości bizmutu, a w handlu znajdują się przetwory o bardzo rozmaitej jego ilości.

Z pośród preparatów arszenikowych największe znaczenie w lecznictwie kiły posiada arsenobenzol, preparat ten też ma silny wpływ na ustępowanie dodatniego odczynu serologicznego; zazwyczaj silna kuracja arsenobenzolowa we wczesnych okresach kiły osiąga ustąpienie dodatniego odczynu *Wassermana.*

W Polsce rzadko jednak stosujemy leczenie wyłącznie jednym przetworem, zazwyczaj kombinujemy arsenobenzol z bizmutem lub rtęcią; najczęściej stosowane przez nas leczenie polega na 15 — 16 inj. bizmutu lub rtęci i 3.50—4,50 gramach neosalwarsanu w 8—10 injekcjach; tego rodzaju leczenie zazwyczaj usuwa dodatni odczyn *Wassermana* we wczesnych okresach choroby. W okresach późniejszych, a zwłaszcza w powikłaniach naczyniowych i metaluetycznych — najczęściej po zakończeniu leczenia odczyn jest jeszcze dodatni. Dodam, że zawsze lepiej jest dążyć do osiągnięcia wyniku ujemnego po ukończeniu leczenia.

O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc.

PODAŁ

Dr. med. FRANCISZEK SIENICKI.

Czyżew.

Ostatnie doświadczenia wprowadziły znaczne zmiany w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc. Jak wszędzie, tak i tu powstało dążenie do przyczynowego opanowania sprawy chorobowej.

Dawniej leczono tylko objawowo, zwracano uwagę na naczynia i serce; dziś staramy się wpłynąć na przyczynę choroby t. j. na pneumokoki *Fränkla* lub zakażenie mieszane.

Osiągnąć to możemy 2-ma drogami:

1. szczepionkami z drobnoustrojów, wyhodowanych z danego przypadku — autovaccinatio.

2. chemoterapją.

Obie te metody należy stosować jaknajwcześniej, możliwie w pierwszych dniach choroby, najlepiej w okresie nawału (engouement), dopóki nie dojdzie do skrzepnięcia włóknika. Łatwiej bowiem jest lekowi wniknąć i zadziałać w płynie, niż wtedy, kiedy płat płuca przedstawia masę zbitą, jakkolwiek i wtedy wyniki po zastosowaniu poniższych metod są b. zachęcające.

Autowakcynacja daje dobre wyniki; może być jednak stosowana tam, gdzie na miejscu jest zakład serologiczny, choć i wtedy mamy dużą stratę na czasie. Przesłanie krwi, wyhodowanie drobnoustrojów i sporządzenie z nich szczepionki zajmie 2—3 dni. Ta okoliczność nie pozwala na szersze zastosowanie autowakcynacji w praktyce ogólnej.

Możemy natomiast posługiwać się autohemoterapją. W tym celu bierzemy 5—10 cm³ krwi z żyły chorego, trzymamy ją w ciągu 1 min. na świetle w celu t. zw. „denaturacji" i wstrzykujemy domięśniowo, zabieg ten na drugi dzień powtarzamy.

Nie wnikając głębiej w to, jaki czynnik w tym sposobie leczenia odegra rolę leczniczą, faktem jest, że w ciężkich przypadkach ten sposób, połączony z upustem krwi, daje dobre wyniki.

Najszerszy a zarazem najskuteczniejszy, sposób zwalczania zapalenia płuc, zyskała chemoterapja w środku swoistym, jakim jest optochina.

Optochina nie znalazła prawa obywatelstwa w arsenale leczniczym dlatego, że: 1) stosowano jej związki kwaśne, jak optochinum hydrochlor., salicylic i t. p, które szczególnie w większych dawkach niekorzystnie wpływają na wzrok i słuch, 2) w stosowaniu i związku zasadowego, jakim jest optochinum basicum, nie zobojętniano kw. solnego w żołądku, wskutek czego tworzył się znowu związek kwaśny, jako trwalszy i działał toksycznie, tembardziej, że stosowano zbyt duże dawki, a trzeba zaznaczyć, że granica między dawką leczniczą a toksyczną dla optochiny jest b. mała.

W praktyce staramy się związać kw. solny żołądka np. przez podanie mleka lub też możemy zobojętnić go zasadą np. sodą. Stosujemy tylko związek zasadowy—optochinum basicum, który się okazał najmniej szkodliwym.

Nie stosujemy nigdy optochiny naczczo. Zapisujemy według formuły:

Optochini basici „Zimmer" 0,2
Natr. bicarbonici 0,3
Mfp. D. t. d. Nr. XII ad caps. amyl.
S. 3—4 razy dziennie po 1 proszku, zapić mlekiem.

Można podać optochinum basicum per se w dawce 0,2 w kapsułkach żelatynowych, w celu ochrony przed działaniem kw. solnego żołądka, dla pewności zapijając rozczynem sody, po uprzedniem wypiciu szklanki mleka. Osobiście przekonałem się, że najlepiej działa optochina, kiedy jej dawkę zmniejszymy, dodając natomiast chininum muriet. i wstrzykując jed-

cześnie 1 cm³ solwochiny lub kamfochiny „Laokoon"; można też dołączyć nieco środka wykrztuśnego np. wg. formuły (dla dorosłych):

Optochini basici „Zimmer" 0,15
Chinini mur.
Pyramidoni a 0,12
Natr. bicarbon. 0,2
Rad. Ipecacuanh plv. 0,02
Opii plv. 0,03 (vel codeini puri 0,010)
Mfp. D. t. d. Nr. XII ad caps amyl.
S. Co 4 godziny po 1 proszku, zapić mlekiem!

Jeżeli obejmuję leczenie chorego w 3—4-ym dniu choroby wtedy zalecam naparstnicę z kofeiną, zwłaszcza w tych przypadkach, w których stan chorego jest cięższki, ażeby przystosować serce i naczynia obwodowe do przełomu, którego przy zastosowaniu optochiny należy się wcześniej spodziewać. W ten sposób postępując już w przeciągu 24—36 godzin gorączka spada do normy i unikamy powikłań, wywołanych przez pneumokoki. W ciągu następnych 2-ch dni, mimo spadku gorączki podaję jeszcze po 3 proszki dziennie, w ciągu następnych 2—3 ch dni po ½ proszka 3 razy dziennie.

Na podstawie doświadczeń własnych i autorów niemieckich, stwierdzam, że wyniki stosowania optochiny są zachęcające. Objawów ubocznych nie widziałem. Wyniki zaś są tym jaskrawsze, im wcześniej zastosuje się powyższe leczenie.

Solwochinę lub kamfochinę nie byłem w możności wszędzie stosować. Nie należy też zapominać o stanie ogólnym chorego, a w razie potrzeby stosować leczenie objawowe.

Preparaty z grupy chininy obniżą niewątpliwie niebezpieczeństwo i śmiertelność we włóknikowem zapaleniu płuc przy wczesnem rozpoznaniu.

PIŚMIENNICTWO.

1. W. Orłowski — Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.

2. B. Ziemilski. — O leczeniu zapaleń płuc — (Prakt. lek. ark. 87 z. r. 1928 r.).

3. L. Veilchenblau — Zur Behandlung d. Kruppösen Pneumonie. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 52 1928 r.).

4. E. Feer — Kruppöse Pneumonie (Lehrbuch d. Kinderheilkunde).

5. Krehl — Behandlung der Kruppösen Pneumonie (40 Kongress d. deutschen Ges. f. inner. Mediz. in Wiesbaden. 16—19.IV. 1928).

6. A. Lechner — Die spezifische Serumbehandlung d. Pneumonie (Klinische Wochenschr. Nr. 28, 1928).

7. W. Reichmann — D. Therapie d. Kruppösen Pneumonie mit Solvochin (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 38.1928).

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

(Poniżej streszczona praca, zajmująca cały numer Journal Medical Francais, omawia znaczną część tych schorzeń, które dotychczas były objęte znaną nazwą artretyzmu. Na wstępie do tej pracy, napisanym przez redaktora *J. Castaigne'a* czytamy: „*H. Paillard* mówi, że praca poniższa ma na celu rozczłonkowanie zespołu pojęć dawnej skazy artretycznej: miano artretyzm było oddawna słusznie zwalczane a na kongresie w Vittel wszyscy je zgodnie potępili, zachowując jednak słusznie określenie skazy, której jednak granice i części składowe należało dokładnie określić". Obecna nauka wyodrębniła z pojęcia artretyzmu cały szereg mniej lub więcej dokładnie poznanych jednostek chorobowych, w stosunku do których dawna nazwa artretyzmu sprowadziła zamieszanie. Poniższa praca jest ciekawa z tego względu, że napisana została w tym właśnie kraju, w którym pojęcie to powstało. *Ref.*)

Plethora, lithopexia, hemotholia. H. Paillard. *Le Journal Medical Francais Nr. 3. r. 1929.*

Autor sądzi, że pokrewieństwo między dną, suchem zapaleniem wielostawowem, kamicą nerkową i wątrobową, cierpieniami wywołanemi przez patologiczną przemianę cholesteryny, procesami zwapnienia i szczególnemi zmianami w komórkach niesłusznie bywa łączone wspólnie pod nazwą: artretyzm. Pojęcie tej skazy artretycznej oddało w swoim czasie duże usługi, zwłaszcza w odniesieniu do leczenia. Badania nad cierpieniami, wywołanemi przez wadliwą przemianę materji zmuszają nas obecnie do rozczłonkowania pojęcia artretyzmu i do stworzenia nowych grup, bardziej odpowiadających obecnemu stanowi wiedzy. Pragnąc tej potrzebie zadość uczynić autor dzieli schorzenia dawnej grupy artretyzmu na trzy nowe zespoły objawowe:

I. Plethora tworzy grupę pierwszą i dotyka osobników, prowadzących życie siedzące i zbyt dobrze się odżywiających. Plethora jest pierwszym okresem, z którego wypływają inne schorzenia, jak dna, kamica i t. d.

II. Lithopexia wykazuje już zmiany stałe, anatomiczne w odróżnieniu do poprzedniego stanu, którego cechą były zmiany czynnościowe. W lithopexii spotykamy kamienie moczowe, szczawianowe, cholesterynowe i wapniowe, które są przyczyną dobrze znanych jednostek chorobowych.

III. Hemotholia obejmuje zespół zaburzeń z dziedziny anafilaksji i koloidoklazji, a odnoszący się do chorób przemiany materji.

Cierpienia należące do dwuch ostatnich grup mogą powstać samoistnie, niepoprzedzone przez plethora, i często w powstaniu ich gra rolę i dziedziczność.

Do hemotholji należy też zaliczyć takie schorzenia jak dychawica oskrzelowa, migrena, cierpienia skóry (z wyjątkiem tych, które są wywołane przez pasorzyty). Tu należy też otłuszczenie i cukrzyca. Schorzeń tych autor nie omawia w niniejszej pracy, gdyż przeważnie te cierpienia przez swą autonomiczność wychodzą poza granice tej pracy.

Plethora.

Cierpienie to charakteryzuje się zwiększoną wagą ciała, podwyższonem ciśnieniem tętniczem, żywem zabarwieniem skóry twarzy, powiększeniem wątroby oraz pewnemi zmianami we krwi i w moczu. Cierpienie to dotyka ludzi pędzących życie siedzące, połączone ze zbyt dobrem odżywianiem się. Waga tych chorych jest zwiększona o 1 do 2 dziesiątych wagi prawidłowej. Np. człowiek, który powinien ważyć 70 kg. waży 76 lub 80, albo nieco więcej. Dalszy wzrost wagi dowodziłby już otłuszczenia. Chorzy na plethora ważą więcej niż ludzie normalni zdrowi, nie cierpią wszakże na otłuszczenie. Rozmieszczenie tłuszczu jest mniej więcej równomierne, szczególnie jednak dotyczy policzków, szyji i brzucha. Podskórna tkanka tłuszczowa przestaje być jednolita i wykazuje przy obmacywaniu jakgdyby drobne guzki. Zmniejszenie ilości przyjmowanych pokarmów i usunięcie pokarmów tuczących powoduje zmniejszenie wagi ciała. Ciśnienie tętnicze wykazuje często 16 do 18 cm. Hg. (skurczowe) i 10 do 11 cm. Hg. (rozkurczowe). Podwyższenie ciśnienia wyraźniejsze jest zazwyczaj po przyjęciu pokarmów i w porze wieczornej. Rozpiętość między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem jest prawidłowe, wskazując na dobrą czynność mięśnia sercowego. Nieznaczne zwiększenie tej rozpiętości dowodzi zwiększonej wrażliwości serca, jednak bez zmian anatomicznych. Zwiększone ciśnienie ustępuje łatwo przy odpowiedniej djecie i przy leczeniu wzmagającym diureze. Prawidłowe lub obniżone ciśnienie tętnicze w tych stanach spotyka się niekiedy u kobiet lub u osobników unikających zupełnie ruchu. O ile obniżenie to jest znaczniejsze, należy podejrzewać otłuszczenie mięśnia sercowego. Wątroba jest macalna, a w okolicy woreczka żółciowego często tkliwa. Krew wykazuje wzmożoną lepkość; ilość ciałek czerwonych przekracza 5 miljonów w 1 mm. sześć.; cholestyryna znajduje się w ilości zwiększonej (2 do 4 gr pro mille) we krwi, również i ilość kwasu moczowego w surowicy krwi sięga od 0.08 do 0.15 pro mille, t. j. dwa do trzech razy ilości normalnej. Podobnie i mocznik we krwi przekracza ilości normalne, dochodząc do 0.8 pro mille. Autor nieraz wykazywał zaburzenia w wydzielaniu moczu u tych chorych. Ilość moczu dochodzi do 2 litrów na dobę jego ciężar gatunkowy jest jednak dość wysoki, w stosunku do ilości dobowej względnie dość dużej (c. g. waha się między 1020 a 1025) W moczu stwierdzamy dość znaczne ilości mocznika, chlorków i ciał purynowych, niekiedy i urobilinę.

W grupie plethora spotykamy obok chorych o dobrze zabarwionej cerze, także i chorych bla-

dych, wykazujących zresztą wszystkie inne cechy plethora. Istnieją także powikłania plethora z objawami niedomogi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu oraz postacie przejściowe między plethora a otłuszczeniem.

Lithopexia.

Lithopexia polega na wypadaniu czyli strącaniu się w postaci kryształków lub też kamieni względnie złogów złożonych z kryształków związków, które poprzednio znajdowały się rozpuszczone w płynach ustrojowych. Wypadanie to ma miejsce bądź to do tkanek bądź też do naturalnych jam ustroju (n. p. woreczek żółciowy).

Z ciał chemicznych, które wypadają z roztworu (rozpuszczone w płynach ustroju) należy wymienić kwas moczowy i jego sole, cholesterynę, szczawiany i sole wapnia. *Loeper* sądzi, że to wypadanie jest wywołane przez zmniejszoną zdolność płynów ustrojowych do utrzymania w roztworze wymienionych ciał. Nadto autor sądzi, że stopień przesycania płynów ustrojowych musi osiągnąć pewien „próg", powyżej którego to wypadanie następuje.

Złogi wymienionych ciał, jak np. złogi kwasu moczowego i moczanów w dnie, które tworzą t. zw. tophus (guz dnawy) uważać należy za twory obce dla ustroju, które z czasem zostają bądź to rozpuszczone, bądź też bezpośrednio wydzielone nazewnątrz. W ten sposób ustrój pozbywa się tworów dla niego obcych. Autor chce widzieć w tych reakcjach ustroju analogję do zachowania się ustroju wobec mikrobów. Autor wyobraża sobie, że początkowo ustrój usiłuje zwalczyć nadmiar wspomnianych ciał rozcieńczając je i wydzielając drogą nerek lub przewodu pokarmowego. O ile ten sposób walki nie doprowadza do pożądanego celu, wówczas ustrój toleruje wypadanie tych ciał, a stąd powstałe złogi traktuje jako ciała obce.

Jest rzeczą godną podkreślenia, że krystalizacja omawianych ciał występuje szczególnie łatwo w tych miejscach, które są zmienione wskutek przebytego procesu zapalnego. Np. kamienie żółciowe tworzą się chętnie wokoło jądra złożonego z drobnoustrojów i leukocytów, zwapnienia powstają szczególnie często w bliznach po klinicznie wyleczonej gruźlicy. Należy podkreślić, że skłonność do lithopexji jest bardzo często dziedziczną.

Hemotholia.

Nie ulega wątpliwości, że istnieje pewien biologiczny i kliniczny związek między migreną, dychawicą oskrzelową, napadowym nieżytem nosa, pokrzywką i pewnemi schorzeniami skóry. Podstawą powstawania tych wszystkich schorzeń jest nadwrażliwość ustroju względem pewnych ciał chemicznych, które ten ustrój uczuliły, czyli anafilaksja. Bardzo często też się zdarza, że wyżej wspomniane schorzenie występuje u osobników, którzy cierpią na schorzenie przemiany materji, jak np. dna. W powstawaniu tych schorzeń natury anafilaktycznej zdaje się grać dużą rolę stan wątroby. O ile chodzi o anafilaksję wywołaną pewnymi pokarmami, wówczas rolę wątroby można dwojako tłumaczyć. A mianowicie wątroba wydziela żółć zmienioną jakościowo, wobec czego powstają patologiczne fermentacje w przewodzie pokarmowym, których produktami są anormalne ciała białkowe, zdolne do wywoływania wstrząsu anafilaktycznego. Albo też prawidłowa zdolność wątroby do zatrzymywania pewnych substancji, płynących drogą żyły bramnej do wątroby, jest zmieniona, wobec czego substancje te przenikają do ustroju i wywołują objawy wstrząsu.

Dla celów leczniczych jest rzeczą najkorzystniejszą wyodrębnienie substancji szkodliwej z pokarmow spożywanych przez chorego. Osiągnięcie tego celu czy to drogą próbnych wstrzykiwań, czy też drogą wyłączenia danej substancji z jadłospisu chorego, jest jednak trudnem i wymaga dłuższego czasu. Dlatego też autor radzi stosowanie w praktyce djety czysto jarzynowej z małą ilością soli, z zupełnem wyłączeniem wszelkich sosów, potraw smażonych i korzeni. Ogólną ilość potraw należy poważnie zmniejszyć, a nadto dodawać środki czyszczące z grupy soli gorzkiej oraz gorące okłady na okolicę wątroby. Tą drogą uzyskuje się szybko poprawę u osobników wrażliwych.

Następnie autor omawia poszczególne jednostki chorobowe, w których znajdujemy mniej lub więcej silnie wyrażone cechy wyżej opisanych zespołów objawowych:

Dna.

Dnę nabytą spotyka się prawie zawsze u osobników cierpiących na plethora. Cierpienie to występuje około 35-ego, 40-ego roku życia lub później. Natomiast dna odziedziczona dotyka też osobników, którzy nie wykazują zmian charakterystycznych dla plethora. Dla tego też cierpienie to pojawia się w wcześniejszym okresie życia. Leczenie takich chorych jest też trudniejsze, gdyż chorzy ci często bywają szczupli, a nawet niedokrewni i nadający się raczej do dobrego odżywiania. U takich chorych nie spotykamy ani zwiększenia się ilości ciałek czerwonych we krwi, ani hypercholestaerinaemji, choć ilość kwasu moczowego we krwi jest prawie zawsze zwiększona.

Dna jest typowem cierpieniem, należącem do grupy lithopexji z charakterystycznymi złogami kwasu moczowego (guzy dnawe, tophi).

Guzy dnawe wykazują szczególną skłonność do powstawania w ściśle określonych miejscach. Z miejsc uprzywilejowanych przedewszystkiem należy wymienić ucho, przyczem guzy te powstają niemal wyłącznie w górnej części helix. Guz taki początkowo powstaje jako nieznaczne wzniesienie, twarde przy dotyku i pokryte zdrową skórą. Później wykazać można białawe miejsca w skórze nad guzem dnawym, niebawem guz ten ulega zmięknieniu, otwiera się nazewnątrz, ujawniając w swem wnętrzu masy kredowe a po ich usunięciu niebawem ulega zabliźnieniu, tworząc ściągniętą bliznę. Cały ten przebieg trwa kilka tygodni lub miesięcy. Rzadziej guz dnawy nie otwiera się, lecz ulega wessaniu. Tego rodzaju guzki są niewielkie i nieprzekraczają wielkości ziarnka grochu. Duże guzy dnawe widuje się w częściach miękkich w okolicy łokcia lub górnej powierzchni dłoni. Te guzy początkowo są twarde i płatowe, później mogą ulec zmięknieniu, wykazują wyraźne chełbotanie, a nakłucie ich wydobywa na jaw wyżej wspomniane masy kredowe. Rzadziej już guzy dnawe umiejscawiają się w stawach (arthritis urica chronica) lub też w nasadzie kości. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazuje w tych przypadkach zwiększoną przepuszczalność dla promieni i ubytki w kości oraz zaciemnienie w sąsiedztwie danego miejsca. Niekiedy też spotykamy guzy dnawe w okolicy ścięgien, np. w ścięgnie Achillesa.

Guz dnawy składa się z jądra cholesterynowego, wokół którego znajdują się kryształki moczowe, w sąsiedztwie ich zaś widuje się komórki olbrzy-

mie. Natomiast brak jest objawów martwicy komórek oraz odczynów zapalnych leukocytarnych.

Między napadami dny a objawami hemotholji, pod postacią np. migreny, lub pokrzywki istnieje duże podobieństwo. Napady dny powstają szczególnie często bezpośrednio po spożyciu pewnych pokarmów lub używek specjalnie szkodliwych, jak np. wino burgundzkie, koniak i t. p. Te objawy szczególnej nadwrażliwości względem tych pokarmów występują nie tylko w przypadkach nabytej dny ale może częściej w przypadkach dny dziedzicznej. Wówczas to ani djeta, nawet bardzo ostra, ani podawanie środków wzmagających wydzielanie kwasu moczowego nie sprowadza poprawy. Albowiem chorego cierpiącego na dnę nabytą należy leczyć przedewszystkiem w kierunku zatrucia (djetą), natomiast chorego z dną dziedziczną trzeba przedewszystkiem odczulić. W tym celu autor radzi stosowanie autohemoterapji, podawanie w małych dawkach kalomelu 1 do 2 ctgr. rano na czczo przez tydzień, a po tygodniu pauzy leczenie to należy powtórzyć. Co do djety powinna ona być ilościowo bogata, pozbawiona jednak pokarmów purynowych oraz tych, które są szkodliwe dla uszkodzonej wątroby.

Cellulitis.

Zmiany te dotyczą tkanki podskórnej i spotyka się je najczęściej u osobników bardzo tęgich, choć nie ulega kwestji, że otłuszczenie nie jest niezbędnym warunkiem powstawania cellulitis. Podskórna tkanka tłuszczowa jest silnie rozwinięta i poprzedzielana pasmami tkanki łącznej, mniej lub więcej zdolnej do ściągania się.

Nadto i w tkance tłuszczowej i w pasmach tkanki łącznej można napotkać złogi cholesteryny, moczanów, szczawianów i wapnia. Są to jakgdyby guzy dnawe w minjaturze. Poza tem spotykamy jeszcze polyneuritis i periphlebitis, które czynią całą tę tkankę dość tkliwą na ucisk. Przy tego rodzaju zmianach nie rzadko pojawiają się napady bólów w samej tkance w analogji do napadów dny.

Suche zapalenie wielostawowe.

Cierpienie to jest bardzo częste w wieku ponad 50 lat, choć zdarza się też i u ludzi młodych. Wyraża się ono słabszymi lub silniejszymi bólami w stawach, przyczem stawy często „trzeszczą". Cierpienie to różni się od dny pod wieloma względami, przyczem opanowuje ono raczej stawy duże, podczas gdy dna napada stawy małe. Postępowanie choroby jest powolne, a anatomja patologiczna wykazuje tylko bujania w maziówce i w chrząstkach, gdzie można niekiedy spotkać złogi moczanów lub cholesteryny. Suche zapalenie wielostawowe, tak charakterystyczne dla dawnego pojęcia artretyzmu, zdaje się raczej należy do grupy cierpień gośćcowych.

Kamica nerkowa.

Nie ulega wątpliwości, że kamica moczowa (kamienie złożone z kryształków kwasu moczowego) i moczanowa (kamienie złożone z moczanów) stoi w bliskim związku z plethora. Moczany wydzielają się przeważnie w postaci rozpuszczonej moczem; nie chodzi tu zatem o moczany, które wypadają w postaci kryształków z moczu oziębionego, jak to widzimy w przebiegu chorób gorączkowych i t. p. jako wyraz wzmożonego rozpadu jąder komórek, rozpadłych z powodu zasadniczego schorzenia. W przypadkach kamicy moczanowej chodzi o postać piasku moczanowego, który tworzy się już w nerkach. W dalszym przebiegu kryształki moczanów narastają wokoło jądra organicznego tak, że w końcu tworzą kamienie o typowej strukturze.

W podobny sposób tworzą się też kamienie, złożone z soli kwasu szczawiowego. Tego rodzaju kamienie spotykamy nie tylko u ludzi tęgich i cierpiących na plethora, ale także u osobników szczupłych i niedokrewnych.

Kamienie złożone z soli kwasu fosforowego, a więc z fosforanów, spotykamy przedewszystkiem u osobników pozornie zdrowych lub też szczupłych, o usposobieniu łatwo podlegającemu przygnębieniom. Jako przyczyny ułatwiające powstawanie kamicy fosforanowej przedewszystkiem należy wymienić przepracowanie umysłowe i kwaśny nieżyt żołądka. Samo powstanie kamicy fosforanowej poprzedza zazwyczaj okres wzmożonego wydzielania wapnia drogą moczu. Wówczas to mocz wykazuje często zasadowe oddziaływanie (należy badać świeżo oddany mocz zapomocą lakmusu), jest mętny i obfitujący w osad, bogaty w kryształki fosforanów wapnia i fosforanów amonowo-magnezowych. Wzmożone wydzielanie wapnia może trwać długi okres czasu, aż wreszcie zaczną powstawać kamienie, zwłaszcza gdy tym chorym, ze względu na kwaśny nieżyt żołądka, podajemy zasady w celach leczniczych. Dawniej sądzono, że kamica fosforanowa powstaje w następstwie dodatkowego zakażenia dróg moczowych, gdyż struktura kamienia fosforanowego wykazuje elementy organicznego, zapalnego pochodzenia. Obecnie sądzimy, że dodatkowe zakażenie nie jest niezbędnym czynnikiem dla powstawania kamicy fosforanowej i dla tego w celach leczniczych podajemy nie tylko środki odkażające, lecz stosujemy też leczenie zakwaszające.

Stosunek kamicy żółciowej do hemotholji był przedmiotem badań *Parturier'a*, który wykazał, że objawy hemotholji nieraz występują u osobników cierpiących na kamicę żółciową.

Nadmiar cholesteryny.

W związku z nadmiarem cholesteryny w ustroju należy zwrócić uwagę, poza kamicą żółciową, którą omawialiśmy wyżej, także i na następujące objawy:

1. Xanthoma znana była oddawna i występuje pod postacią tarczek okrągłych lub owalnych barwy żółtej, o powierzchni gładkiej, spoistości wiotkiej, usadowionych najczęściej w wewnętrznym kącie oka, na powiekach, często obustronnie. Niekiedy xanthoma może występować w postaci uogólnionej na większej powierzchni skóry. Odróżniamy: xanthoma planum, xanthoma papulosum oraz xanthoma tuberosum. Ta ostatnia postać może przypominać bardzo duże guzy dnawe. Xanthoma umiejscawia się w samej skórze i w znacznej części składa się z cholesteryny. Xanthoma spotykamy u chorych na cukrzycę (w której nieraz występuje hypercholesterynaemia), może też ona występować rodzinnie.

2. Złogi cholesteryny spotykamy także w części obwodowej tęczówki, tworzącej postać łuku, o zabarwieniu białem, delikatnie punktowanem. Ten oczny łuk cholesterynowy nazywają też gerontoxon lub arcus senilis, jakkolwiek ten objaw występuje nieraz we wcześniejszym wieku, począwszy od 30-tu lat. Oczny łuk cholesterynowy pojawia się często jako objaw miażdżycy tętnic lub w schorzeniach wątroby.

3. Na siatkówce oka u chorych nerkowych spotykamy również często białe plamy złogów cho-

lesteryny, a wiadomem jest, że w niektórych przypadkach chorób nerkowych spotykamy też hyper cholesterynemję.

4. W miażdżycy tętnic mamy do czynienia ze złogami cholesteryny w ścianach tętnic i jakkolwiek w tem cierpieniu spotykamy się rzadziej z hypercholesterynemją, to jednak zdaje się mieć słuszność *Chauffard* i *Laroche*, którzy twierdzą, że w tem przewlekłem cierpieniu w pierwszym okresie mamy do czynienia z hypercholesterynemją, która później znika.

5. Pod nazwą cholesteatoma rozumiemy torbiele i guzy nabłonkowe, zawierające cholesterynę. Twory te znajdowano w piersi u kobiet i w nerce.

6. Istnieją także zapalenia opłucnej, bądź to surowicze, bądź też krwawe lub ropne zawierające znaczne ilości cholesteryny, mimo to, że ilość cholesteryny we krwi nie jest wzmożona.

7. *Munk* wyodrębnił szczególną postać zapalenia nerek pod nazwą nephrosis lipoidica, cechującą się klinicznie krwiomoczem, zatrzymaniem mocznika w ustroju, brakiem wzmożonego ciśnienia tętniczego, obrzękami, przyczem zmiany anatomiczne dotyczą tylko kanalików nerkowych, bez współistniejących zmian w kłębuszkach. W moczu, obok dużej ilości białka, stwierdza się też i kryształki cholesteryny. We krwi tych chorych ilość cholesteryny i tłuszczu jest znacznie wzmożona.

8. Także w guzach dnawych i w przebiegu oxalemji spotykamy nieraz nadmiar cholesteryny.

Loeper i Lemaire podali w roku 1927. metodę reakcji śródskórnej na cholesterynę. Metoda ta polega na doskórnem wstrzykiwaniu $^1/_5$ do $^1/_4$ ccm. roztworu cholesteryny w oliwie (3 do 5%). Chodzi tu o zawiesinę kolloidową sporządzoną według przepisu *Decourt'a*. Po trzech dniach dodatni wynik odczynu przejawia się zaczerwienieniem i wypukłością nieco bolesną, wielkości monety dwufrankowej; odczyn ten trwa 3 do 4 dni. Dodatni odczyn otrzymujemy w arthritis rheumatica deformans, w xanthoma i w dnie; odczyn jest niestały w kamicy żółciowej. Dodatnie odczyny nie zawsze idą współrzędnie ze zwierciadłem cholesteryny we krwi.

W leczeniu złogów cholesterynowych należy zwrócić szczególną uwagę na zmniejszenie, względnie usunięcie, pokarmów zawierających cholesterynę. Ze względu na badania *Bouisset'a* i *Soulay* którzy wykazali, że wzmożone oddychanie u zwierząt wpływa na zmniejszenie się ilości cholesteryny we krwi— wydaje się korzystnem zalecanie chorym wykonywania ćwiczeń gimnastycznych i oddechowych (pod nadzorem lekarskim) przez co można uzyskać zwiększony dowóz tlenu do ustroju i, być może, zmniejszenie ilości cholesteryny. *Chauffard* i *Brodin* wykazali. że w jednym przypadku chorego na cukrzycę i kiłę, u którego pojawiło się xanthoma, podawanie insuliny wpłynęło na usunięcie xanthoma; jakie po wstrzymaniu insuliny pojawiało sie na nowo. W innych, pod.bnych przypadkach wyniku tego nie udało się osiągnąć. Być może, że insulina okaże się środkiem zmniejszającym ilość cholesteryny w ustroju, gdyż i *Loeper* podaje, że insulina zmienia dodatni odczyn wśródskórny cholesterynowy na odczyn ujemny.

Złogi wapniowe poza drogami moczowemi.

Złogi wapniowe mogą się pojawiać w ustroju w przebiegu rozmaitych stanów chorobowych. Autor nie omawia tutaj zwapnień w płucach, gruczołach tchawicowo-oskrzelowych i śródpiersiowych, zwapnień w tętnicach i zatrzymuje się jedynie na omówieniu kamieni wapniowych podskórnych oraz zwapnień w niektórych narządach miednicy małej i wkrezce.

Autor wylicza bardzo liczne prace francuskie, dotyczące poskórnych kamieni wapniowych. Wielkość ich odpowiada wielkości ziarnek grochu aż do wielkości orzecha laskowego, kamienie te z początku miękkie stają się z biegiem czasu bardziej, spoiste a wreszcie twarde. Chętnie umiejscawiają się one na palcach i wokół dużych stawów, mogą jednak także znajdować się na dowolnej części skóry. *Gilbert i Pollet* widywali je na mosznie. Guzy te są niebolesne, trwać mogą bardzo długo, niekiedy tylko otwierają się i wówczas wydobywa się z nich gęsta ciecz kredowa, poczem następuje zabliźnienie. Guzki te nie przepuszczają promieni Roentgena (dają cień) i są złożone przeważnie z fosforanów i węglanów wapnia. Według *Gilbert'a* i *Pollet'a* kamienie składające się z węglanów wapnia wykazują mniejszą skłonność do rozprzestrzeniania się, chętniej jednak występują współcześnie ze sclerodermją, aniżeli guzki złożone z fosforanów wapnia. Nigdy nie napotykano w nich ani moczanów, ani cholesteryny. Anatomopatologicznie kamienie te wykazują w samym środku złogi wapniowe bezpostaciowe, wokół których znajduje się warstwa tkanki łącznej, posiadającej małe ziarnka wapnia. Dalej można spotkać pojedyńcze komórki olbrzymie, nigdy zaś objawów zapalenia lub odczynu leukocytarnego, (obraz ten przypomina guzy dnawe). Dawniej sądzono, że chodzi tu o zwapniały nabłoniak gruczołów łojowych, lub też o zwapniałe torbiele gruczołów potowych albo wreszcie o coccidiosis wtórnie zwapniała. Obecnie autorowie skłaniają się do przyjęcia za przyczynę powstawania tych kamieni jakieś zaburzenie w przemianie wapniowej ustroju.

Wielu autorów zauważyło na zdjęciach rentgenologicznych istnienie cieni odpowiadających kamieniom, umiejscowionych jednak poza moczowodami i pęcherzem w ich niedalekiem sąsiedztwie. Niejednokrotnie w tych przypadkach rozpoznaje się phlebolity. Autor jest jednak odrębnego zdania i zwraca uwagę na to, że podczas badania przez pochwę można niejednokrotnie wyczuć okrągłe i twarde guzki, usadowione naokoło szyji macicy, jakoby bezpośrednio w tkance podśluzowej. Autor widział te twory podczas zabiegów chirurgicznych, umiejscowione były zawsze w tkance łącznej, niezależnie od żył tak, że można przypuszczać, iż chodzi tu o cellulitis chronica, która z czasem uległa zwapnieniu. Również często spotyka się zwapnienia, znajdujące się w macicy i jajnikach. Małe zwapnienia w jajnikach dotyczą najczęściej corpora albicantia. Wreszcie fotografje Roentgena wykazują nieraz cienie umiejscowione w sąsiedztwie kręgosłupa. Chodzi tu niewątpliwie o zwapnienie gruczołowe,

Wpływ krwotoków jelitowych na krzywą gorączkową podczas duru brzusznego. (Les hémorragies intestinales dans la fièvre typhoide et leur influence sur la courbe thermique). J. Chalier i M. Levrat. *Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 222, r. 1929.*

Autorowie stwierdzają, że dawne dane o zachowaniu się ciepłoty w durze brzusznym podczas krwotoków jelitowych, jakkolwiek zgodne między sobą, jednak w większości wypadków nie odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy. Spostrzeżenia autorów dotyczą 605 przypadków duru brzusznego, wśród których 72 przypadki wykazywało 92 krwotoków.

Krwawienia jelitowe w przebiegu duru brzusznego wykazują rozmaitą obfitość; w jednych przypadkach znajdujemy w stolcu tylko pojedyńcze skrzepy krwi, w innych chodzi o obfite krwotoki (do jednego litra). Tylko wyjątkowo występują krwotoki doprowadzające bezpośrednio do śmierci wskutek skrwawienia się. Stwierdzenie krwotoków jest bardzo łatwe na podstawie oglądania stolca, a nadto w większości przypadków można klinicznie poznać wystąpienie krwotoków po bladości twarzy i śluzówek oraz po przyśpieszonym tętnie. Częstość krwotoków jelitowych bywa różna i zależy od rodzaju epidemji. *Tripier* i *Bouveret* podają częstość krwotoków na 1,71%, *Brand* na 3,1%, klasyczne podręczniki podają około 5%; autorowie stwierdzili krwotoki w 11,9% a w jednym tylko roku (1923-cim) odsetek krwotoków wynosił 17,2. Powtarzanie się krwotoków było równie często spostrzegane. Autorowie uważają tylko te krwotoki za powtarzające się, kiedy między ich występowaniem istniała conajmniej 48 godzinna przerwa. Na 72 chorych 55 miało jeden krwotok, 12 miało po dwa krwotoki, a 5 po trzy krwotoki. Krwotoki występowały w następujących okresach choroby; w 1-ym tygodniu trzy krwotoki, w 2-gim tyg. dwadzieścia trzy krwotoki, w 3-cim tyg. trzydzieści dwa krwotoki, w 4-tym szesnaście, w 5-tym pięć, w 6-tym trzy krwotoki, po spadku ciepłoty sześć krwotoków. Krwotoki występują przedewszystkiem w ciężkich postaciach choroby, a osobliwie należy się ich spodziewać u chorych z obfitą biegunką i wzdęciem brzucha. Krwawienia jelitowe są niewątpliwie związane z procesem zapalnym i owrzodzeniami w grudkach *Peyer'a*. Ostatnio *P. E. Weill i Levy* w roku 1927, uważają krwotoki jelitowe w przebiegu duru brzusznego nie tylko za wyraz miejscowych zmian, ale też za objaw bardziej ogólny zespołu krwotocznego. Naogół autorowie przypisują krwotokom jelitowym znaczenie pogarszające rokowanie. Jedynie *Trousseau* stanowi wyjątek. *Gilbert i Thoinot, Roger, Widal, Teissier, Sergent* podają śmiertelność z powodu krwotoków na 35 do 44%. *Vincent* i *Muratel* podają 30 do 33%. u autorów śmiertelność wynosiła 34.7%. Co się tyczy bezpośrednich skutków krwotoku istnieją trzy możliwości: 1) krwotok jelitowy nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby, 2) krwotok wywołuje znaczne pogorszenie rozwoju choroby i doprowadza w końcu do śmierci. Podobnych przypadków autorowie mieli 8, 3) w 10-ciu przypadkach autorów krwotok jelitowy był niejako ostatnim wysiłkiem choroby, po którym nastąpił spadek gorączki. Nie ulega jednak kwestji, że naogół krwotok jelitowy przedstawia pogorszenie choroby.

Wszyscy autorowie stwierdzają, że z chwilą wystąpienia krwotoku jelitowego ciepłota ciała opada, poczem znowu się podnosi. Dopiero *Widal, Lemierre i Abrami* wskazali pierwsi na to, że podczas jelitowych krwotoków ciepłota ciała może nie opadać, a nawet nieznacznie się wznosić. Badania autorów wykazały, że ciepłota ciała zachowuje się rozmaicie w tych krwotokach. W niniejszej pracy autorowie rozpatrują 81 przypadków krzywych gorączkowych w czasie krwotoków. Spadek ciepłoty o 2 do 3 stopnie wystąpił tylko w 6-ciu przypadkach t. j. w 7,4% obserwacji. Ten spadek występuje w ciągu kilku do sześciu godzin, utrzymuje się na tym niższym poziomie około dwunastu godzin, poczem znowu się podnosi. Krwotoki w tych przypadkach wynosiły około pół litra. Autorom nie udało się wykryć żadnych bliższych danych, które mogłyby tłumaczyć powyższe zachowanie się ciepłoty. W niektórych przypadkach spadek był tylko lekko zaznaczony. O ile i te przypadki połączymy z poprzednią grupą, wówczas otrzymamy ogólny odsetek 14,8, w którym wystąpił spadek ciepłoty w przebiegu jelitowych krwotoków.

W 6-ciu przypadkach, w których krwotoki były względnie nieznaczne (około 100 gr.), autorowie stwierdzili niewielkie wzniesienie się ciepłoty ciała w przeciągu 12-tu godzin, poczem ciepłota powracała do poprzedniego poziomu.

W 8-miu przypadkach można było stwierdzić znaczne podwyższenie się ciepłoty ciała o 1,5 do 3 stopni w czasie krwotoków i to bez względu na obfitość krwotoku. Wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią. Jak wiadomo, śmierć w czasie duru brzusznego następuje często wśród objawów hypertermji; w przypadkach obserwowanych przez autorów należy podkreślić wystąpienie hypertermji, mimo obfitych nieraz krwotoków. To spostrzeżenie jest zaprzeczeniem twierdzenia *Ramond'a*, który opisuje, że śmierć wśród krwotoków jelitowych w durze brzusznym następuje wśród objawów zapadu.

W 9-ciu przypadkach, w okresie występowania krwotoku, ciepłota wykazywała dość silnie zaznaczone wahania. Należy podkreślić, że zarówno przed tym okresem, jak i po nim wahań tych nie stwierdzono, (pomijamy tu naturalnie zazwyczaj spotykane małe oscylacje w ciągu doby).

W 49-ciu przypadkach nie stwierdzono żadnego wpływu jelitowego krwotoku na zachowanie się krzywej ciepłoty.

Dla tłumaczenia powyższego zachowania się ciepłoty ciała w czasie krwotoku można jedynie podać pewną zależność ciepłoty od obfitości krwotoku, lecz i ta okoliczność nie zawsze ma miejsce.

Surowica po bańce suchej w leczeniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym. (Le sèrum du vèsicatoire dans le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses.). Modinos. *Paris Mèdical. Nr. 15. r. 1929.*

Autoterapja sięga niemal początków istnienia ludzkości i leży także w instynkcie zwierząt. Ogólnie jest znanem, że samice po urodzeniu swych młodych zjadają łożysko i w ten sposób zapobiegają powstaniu krwotoków macicznych poporodowych. U niektórych dzikich ludów istnieje zwyczaj zalecania chorym picia własnego moczu w celach leczniczych. Jest też wiadomem, że ustrój ludzki broni się przeciw drobnoustrojom zapomocą fagocytozy i wytwarzania przeciwciał, które znajdują się w osoczu, przechodzą łatwo do chłonki, do płynów jam surowiczych, do cieczy zawartej w pęcherzach, jakie się tworzą na skórze pod wpływem suchych baniek, oraz do obrzęków. Te przeciwciała są produktami leukocytów (*Miecznikoff, Krauss, Levaditi* i inni). Na podstawie teoretycznych rozważań należy przypuszczać, że surowica chorego na daną chorobę zakaźną będzie zawierać w tym okresie największą ilość najbardziej czynnych przeciwciał, ta surowica znajduje się też w pęcherzach wywołanych suchemi bańkami. Bańki w ostatniem i przedostatniem stuleciu znajdywały bardzo szerokie zastosowanie w lecznictwie, dopiero przed 40-tu laty zapanował silny kierunek przeciwny stosowaniu baniek, którym odmawiano jakiegokolwiek korzystnego wpływu na ustrój i uważano je za niepotrzebne. W ostatnich czasach bańki stosuje się znowu na szeroką skalę.

Surowica, która znajduje się w pęcherzach powstałych po suchych bańkach, posiada ciężar gatun-

kowy 1025 do 1030, zabarwiona jest jasno lub ciemnożółto. Zawiera ona śródbłonki, ciała białkowe, węglowodany, lipoidy oraz zaczyny i leukocyty. Ilość surowicy w poszczególnych pęcherzach waha się zależnie od wielkości bańki i zazwyczaj wynosi 10 do 20 ccm. Autor zastosował po raz pierwszy wstrzykiwania surowicy, tą drogą uzyskanej, u chorego na ostry gościec stawowy, jeszcze przed 21 laty. Przypadek ten był bardzo uporczywy a sam przebieg choroby przewlekły. Zawartość pęcherza, jaki uzyskano po postawieniu bańki na kolanie chorego, wstrzyknięto w udo a po 24 godzinach stan chorego znacznie się poprawił; po powtórnym zaś zabiegu w 4 dni później objawy chorobowe zupełnie ustąpiły.

Od tego czasu autor stosował powyższy sposób leczenia z bardzo dobrym wynikiem w przypadkach duru brzusznego i para-duru, w zakażeniach grypowych z powikłaniami płucnemi, w gośćcu stawowym, w zapaleniu opłucnych, w rzeżączce, w durze plamistym. Inni autorowie otrzymywali równie korzystne wyniki stosując powyższy sposób leczenia w chorobach oczu, w chorobach wymienionych wyżej a nadto w gruźlicy, w kile, w gorączce połogowej i t. p. W dalszem rozwinięciu powyższej myśli wielu autorów rozpoczęło stosowanie surowicy, uzyskanej bezpośrednio z krwi, a niebawem zapoczątkowano też wstrzykiwania krwi całkowitej (autohemoterapja). Autor zwraca uwagę na to, że surowica, zawarta w pęcherzach po bańkach suchych, odznacza się przedewszystkiem dużą zawartością leukocytów (50 do 70 tysięcy), które posiadają tak wielkie znaczenie w walce z zakaźnemi chorobami. Należy też podkreślić, że u dzieci zwłaszcza znacznie jest łatwiej otrzymać surowicę zapomocą bańki suchej aniżeli krew przez nakłucie żyły.

Nicolle i *Conseil* pierwsi rozpoczęli stosowanie surowicy krwi ozdrowieńców w celach zapobiegawczych przeciwko odrze. Autor stosował w takich przypadkach w celach zapobiegawczych surowicę uzyskaną po suchej bańce i sądzi, że ten sposób zapobiegania chorobom będzie też można skutecznie stosować i w innych schorzeniach.

Przerost płuca. (L'hypertrophie du poumon.). J. Céliè e. *Paris Médical, Nr. 15. r. 1929.*

Morgani zauważył, że w przypadku ropnego zapalenia opłucnej i następowego znacznego ucisku jednego płuca, płuco strony przeciwnej wyraźnie przybrało na rozmiarach. To spostrzeżenie stwierdza się bardzo często, także pod wpływem innych czynników uciskających jedno płuco. *Laennec* opisując rozedmę płuc stwierdza wyraźnie istnienie przerostu płuc (hypertrophia pulmonis).

Od tego czasu wiele doświadczeń na zwierzętach oraz badań anatomopatologicznych zdaje się potwierdzać konieczność rozdziału obu tych stanów płuca. Przerost płuca wyraża się anatomopatologicznie nie tylko rozszerzeniem pęcherzyków płucnych, co się też stwierdza i przy rozedmie płuca, ale nadto znacznem zgrubieniem ścian pęcherzyków płucnych, wyraźnem rozwinięciem się przegród i bardzo znacznem rozszerzeniem i przekrwieniem naczyń włosowatych płuc. Błona mięśniowa naczyń krwionośnych, międzypęcherzykowych jest znacznie zgrubiała, nieraz dwukrotnie w stosunku do swego stanu prawidłowego. Dalsze badania na zwierzętach, wykonane przez *da Fano* bliżej wyjaśniły cały proces, jakiemu podlega płuco skazane na wzmożoną pracę wskutek uciśnięcia drugiego płuca. Badania *Vacek'a* dokonane na białych myszach, które zamknięto w naczyniach, przez które przepuszczano zamiast powietrza mieszaninę azotu z tlenem w stosunku 10 do 100. Z powodu niedostatecznej ilości tlenu zwierzęta cierpiały na silną duszność, która dopiero po paru godzinach ustąpiła. Badania anatomopatologiczne płuc tych zwierząt, które w celu tych badań pojedyńczo co pewien czas zabijano, wykazały, że w parę godzin po rozpoczęciu doświadczenia naczynia włosowate przegród międzypęcherzykowych znacznie się rozszerzyły, występując do światła samych pęcherzyków. Pęcherzyki po paru dniach pomnożyły się co do ilości, a przegrody ich zgrubiały. Części przybrzeżne płuca (podopłucnowe) uległy zmianom najdalej posuniętym, jeśli chodzi o ilość naczyń włosowatych, natomiast pęcherzyki płucne były coraz większe w miarę oddalenia od opłucnej. Z biegiem czasu płaty płucne zwiekszają się znacznie i stają coraz cięższe, i z tą chwilą zwierzęta wydają się być zupełnie dostosowane do nowych warunków wymiany gazowej. *Vacek* sądzi, że przyczyną tych zmian jest niezupełne utlenienie, autor mniema raczej, że nie produkty niedostatecznego utlenienia wywołują te zmiany, ale że płuco; posiadając komórki opisane przez *Guieysse-Pellissier*, posiada szczególnie łatwą zdolność dostosowania się pod względem anatomicznym do nowych warunków. Badania spirometryczne dokonywane zarówno u zwierząt, jak i u ludzi; których jedno płuco jest uciśnięte, wykazały, że pojemność życiowa płuc, zmniejszona z początkiem doświadczenia, niebawem powiększa się i dochodzi do normy.

Badania kliniczne autora stwierdzają, że przerost płuca istnieje niewątpliwie i przedstawia swoisty rodzaj odczynu wyrównawczego. Ten przerost spotyka się najczęściej u podstawy płuca, gdyż tam ruchomość płuca jest największa. Przy wypuku stwierdzamy niski odcień wypuku o charakterze bębenkowym; drżenie głosowe jest zachowane, szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone. Prześwietlenie promieniami *Roentgena* wykazuje rozszerzenie przestworów międzyżebrowych i nieco większą przepuszczalność płuc względem promieni *Roentgena*.

Anatomopatologicznie stwierdzamy w przeroście płuca, obok rozszerzenia pęcherzyków płucnych, wyżej wspomniane zgrubienie przegród międzypęcherzykowych, przyczem włókna elastyczne są także przerosłe i nigdy nie spotykamy zamknięcia naczyń włosowatych. W przeciwieństwie do powyższego obrazu, w rozedmie płuc widzimy znaczne zcieńczenie przegród międzypęcherzykowych, włókna elastyczne w mniejszej ilości, a nadto zanik siatki naczyń włosowatych. Klinicznie czynność płuca przerosłego odpowiada zupełnie czynności płuca normalnego a ruchomość przepony jest w pełni zachowana. Przerost płuca spotykamy zarówno w tych stanach, w których występują stwardnienia i przerost łączno-tkankowy płuca, jako zejście sprawy chorobowej, jak też i w przebiegu rozedmy. W obu wypadkach przerost płuca ma na celu wyrównanie szkód, które ustrój ponosi wskutek zasadniczego cierpienia.

Spostrzeżenia nad epidemją duru plamistego. (Observations faites au cours d'une epidemie de typhus exanthematique). F. Decourt. *Paris Médical Nr. 15. r. 1929.*

Spostrzeżenia poniższe dotyczą zachowania się serca w durze plamistym podczas epidemji, którą autor obserwował w zimie 1927/1928 w Maroku.

W przebiegu duru plamistego bez alarmujących powikłań ze strony serca tętno z początku choroby jest równomierne, dobrze napięte, około 90 uderzeń na minutę. W czwartym lub piątym dniu choroby, kiedy ciepłota osiągnie około 40 stopni, tętno jest coraz słabiej napięte, przyczem nieraz pojawia się pulsus dicroticus. W tych też przypadkach liczba tętna bywa nieco niższa, niżby to odpowiadało wysokości ciepłoty. W szóstym lub siódmym dniu choroby liczba tętna wynosi 110 do 130 i zmniejsza się dopiero po spadku ciepłoty. W niektórych, zwłaszcza cięższych przypadkach, liczba tętna wzrasta przez cały czas choroby, tworząc stale wznoszącą się linję. Około dwunastego dnia tętno staje się bardziej miękkie, często nierówne i niemiarowe (skurcze dodatkowe — extrasystolia). Po spadku ciepłoty istnieje jeszcze pewna niestałość sercowa, wyrażająca się tem, że tętno zupełnie normalne bardzo łatwo się przyspiesza pod wpływem nawet nieznacznych wysiłków. Okres przed spadkiem gorączki, jako też wyżej wspomniana niestałość sercowa przedstawiać może duże niebezpieczeństwo dla chorego. Wreszcie należy zauważyć, że po spadku gorączki nie spostrzega się zazwyczaj zwolnienia tętna, które występuje w obrazie wielu innych chorób zakaźnych.

Ciśnienie tętnicze z początku spada nieznacznie; dopiero między dwunastym a czternastym dniem choroby następuje moment krytyczny, kiedy ciśnienie skurczowe spada gwałtownie; wówczas to występuje także wspomniana wyżej nierówność i niemiarowość tętna. Z chwilą spadku gorączki ciśnienie podnosi się, lecz jeszcze długi czas nie dochochodzi do prawidłowego stanu.

Badanie serca wykazuje tylko osłabienie tonów.

W przypadkach duru plamistego z powikłaniami sercowemi, powikłania te występują dopiero pod koniec choroby lub nawet po spadku ciepłoty.

1. Zaburzenia miarowości tętna występują względnie najwcześniej, gdyż już z początkiem drugiego tygodnia choroby. Zaburzenia te przedstawiają typ arytmji extrasystolicznej, która albo znika po dwuch lub trzech dniach, albo też przechodzi w typ niemiarowości zupełnej. Z innych objawów stwierdzić można tylko lekkie powiększenie wątroby, przyczem nigdy nie występują obrzęki nóg. Ciśnienie tętnicze zostaje względnie dobre.

2. Postać częstoskurczu ze spadkiem ciśnienia tętniczego. Spadek ten dotyczy zarówno ciśnienia skurczowego jak i rozkurczowego, liczba tętna dochodzi do 150, lecz poza lekkiem powiększeniem wątroby nie stwierdza się innych objawów zastoju. Te objawy dowodzą silnego zatrucia ustroju, a występują jedenastego lub dwunastego dnia choroby, na krótki czas przed spadkiem ciepłoty.

3. Zapad sercowy charakteryzuje się przedewszystkiem spadkiem ciśnienia krwi i występuje w czasie spadku ciepłoty, lub z początkiem okresu zdrowienia. Wystąpienie zapadu jest często nagłe, przyczem śmierć może nastąpić szybko, zanim zdąży się zastosować odpowiednie środki. Przyczyna tego zapadu jest po największej części nawet względnie niewielki wysiłek fizyczny.

R o k o w a n i e w stosunku do powikłań sercowych. Jak wyżej wspomniano, zarówno spadek ciśnienia, jak i zapad mogą spowodować natychmiastową śmierć chorego. Naogół należy podkreślić, że powikłania sercowe występują w zależności od ciężkości przebiegu samego duru plamistego. Po przejściu duru plamistego, mimo zupełnego powrotu do zdrowia, ciśnienie tętnicze nie wraca całkowicie do normy i extrasystole nieraz się pojawiają. Ta niestałość sercowa przedstawia często trudności w podjęciu normalnego trybu życia.

L e c z e n i e tych powikłań opiera się przedewszystkiem na wynikach badania tętna i ciśnienia tętniczego. Do podstawowego leczenia, niejako zapobiegawczego, należy stosowanie przez cały czas choroby kamfory, adrenaliny i octanu amonowego. Z chwilą gdy serce zaczyna słabnąć, stosujemy środki silniej działające, należy jednak przedewszystkiem pozostawić sobie w rezerwie środki najsilniej działające. Rozpoczynamy od powiększenia dawek kamfory i adrenaliny. Skoro tętno staje się niemiarowem podajemy w małych dawkach digitalinę, adonis vernalis, a jeśli ciśnienie spada, nieco sparteiny. Gdy tętno znacznie się przyspieszy a ciśnienie znaczniej spada, podajemy sparteinę i strophantus, pozostawiając uabainę na moment najpoważniejszy. Niekiedy się zdarza, że tętno przyspiesza się znacznie, podczas gdy ciśnienie utrzymuje się na względnie dobrym poziomie. W tych przypadkach chodzi nie tyle o powikłanie sercowe, ile o objawy zatrucia, odbijające się na opuszce. Wówczas obok środków nasercowych wyżej wspomnianych, stosujemy bromki, a nawet gardenal; wreszcie można podawać nux vomica. Przy znaczny i gwałtownym spadku ciśnienia tętniczego należy stosować uabainę, która działa bardzo skutecznie, zwłaszcza wówczas jeśli poprzednio nie była stosowana. W zaburzeniach rytmiki, zwłaszcza przy znacznym przyspieszeniu tętna i niezbyt dużym spadku ciśnienia, podajemy strychninę w dawkach szybko wzrastających aż do jednego centigrama (ref!). Strychnina wydziela się z ustroju szybko i może być stosowana często w dużych dawkach. Niezależnie od strychniny podajemy kamforę i adrenalinę. W razie zapadu nie należy się wahać przed wstrzyknięciem adrenaliny bezpośrednio do serca. Prawdziwem leczeniem zapadu jest jednak leczenie zapobiegawcze, przyczem należy pamiętać, że okres najniebezpieczniejszy zaczyna się od spadku ciepłoty; należy być szczególnie ostrożnym zanim się pozwoli choremu wstać z łóżka. Autor poleca następujące badanie dla ustalenia stanu serca: oznacza się liczbę tetna w pozycji leżącej chorego i bezpośrednio po przyjęciu przez chorego pozycji siedzącej. Nieraz ten mały wysiłek wywołuje przyspieszenie tętna z 88 uderzeń na minutę do 104. W takim przypadku należy choremu zabronić wszelkich ruchów, podawać środki nasercowe i wyczekać dni parę. Dopiero gdy przyspieszenie tętna pod wpływem tego małego wysiłku jest nieznaczne, wówczas pozwalamy choremu siadać na łóżku. Podobne badania należy wykonywać przed pozwoleniem opuszczenia łóżka oraz przed zezwoleniem na chodzenie.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Leczenie ropniaków opłucnej zapomocą sączkowania uszczelnionego. (Traitement des pleurésies purulentes. Le drainage de la plèvre en thorax fermé). P i c o t. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 11, marzec 1929.*

Naczelnymi postulatami leczenia każdego ropniaka opłucnej są: 1) jaknajdokładniejsze odprowadzanie wysięku ropnego i 2) stworzenie warunków, w których płuco uciśnięte byłoby w stanie jaknajszybciej się rozkurczyć, aż do prawidłowego zetknięcia się ze ścianą klatki piersiowej. Stary sposób leczenia, polegający na szerokiem otwarciu jamy

opłucnowej i pozostawianiu w niej długich i sztywnych sączków, po którem w dużej odsetce przypadków pozostają trwałe przetoki, należałoby ostatecznie zarzucić. Utrzymująca się przy tym sposobie leczenia odma piersiowa uniemożliwia rozkurczenie się zapadniętego płuca już w najbliższych dniach po operacji, a przecież tylko w tym wczesnym okresie płuco może jeszcze powrócić do swych mniejwięcej prawidłowych wymiarów, ponieważ jeszcze nie zdążyły się wytworzyć zrosty we wnęce, utrzymujące je na stałe w stanie spadniętym przy kręgosłupie.

Unika się tego powikłania, stosując w leczeniu ropniaka opłucnej sączkowanie uszczelnione (en thorax ferme). Autor w tym celu robi cięcie skóry małe, długości 6—7 cm, po obnażeniu żebra wycina zeń kawałek długości 2 cm, poczem robi małe nacięcie opłucnej ściennej tak, aby tylko móc wsunąć do jamy opłucnej koniec sączka *Delbeta*, którego obrączka (collerette) opiera się o końce żebra, uszczelniając otwór w opłucnej. Po skończonej operacji na koniec sączka zakłada się rurę kauczukową, wypełnioną jałową wodą i zanurzoną do naczynia z roztworem przeciwgnilnym. Operował w ten sposób 24 chorych; we wszystkich przypadkach — bez względu na rodzaj zakażenia (pneumokoki, gronkowce, łańcuszkowce)—otrzymał wyleczenie zupełne w ciągu 10 — 25 dni, tylko w jednym (ropniak gruźlicy) pozostała uporczywa przetoka.

Autor kładzie przytem nacisk na operowanie możliwie wczesne, z chwilą ustalenia rozpoznania zapomocą nakłucia, a to dopóki płuco uciśnięte nie zacznie się utrwalać w swem obkurczeniu u wnęki

Wpływ wyciągów z grasicy na gojenie się złamań kostnych. (Moyens d'activer la formation du cal dans les fractures osseuses). Glaessner i Hass. *La Presse Méd. Nr. 11, luty 1929.*

Wływ dodatni fosforu i wapnia na wszelkie nowotworzenie się kości był znany już od dawna, ale dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (gruczoły płciowe, przytarczyczne i grasica), które dla sprawy nowotworzenia się mają o wiele większe zdaje się, znaczenie, niż fosfor i wapno.

Autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach i badań nad ludźmi w celu wyjaśnienia roli grasicy i jej wyciągów dla gojenia się złamań kości i przyszli do wniosku, że rola ta jest duża. I u zwierząt i u ludzi stwierdzili oni wybitny wpływ dodatni wyciągów z grasicy na gojenie się złamań, i to w znaczeniu podwójnem: powstawał zrost prawidłowy tam, gdzie na innej drodze zrostu tego uzyskać się nie udało, a pozatem zrost powstawał znacznie szybciej i prędzej ulegał konsolidacji, niż w warunkach zwykłych.

Autorowie zwracają przy tem uwagę na fakt stosowania oddawna, w szerokim zakresie i naogół z powodzeniem wyciągów z grasicy w przebiegu krzywicy u dzieci.

Stosowanie bakterjofaga d'Hérelle'a w leczeniu czyraków pojedyńczych i mnogich. (Traitement des furoncles et des anthrax par le bacteriophage de d' Hérelle). Raiga. *La Presse Méd. Nr. 12, luty 1929.*

Autor stosował ów środek pod trzema postaciami: jako bakterjofag wielowartościowy, bakterjofag gronkowcowy i bakterjofag wielowartościowy gronkowcowy; najbardziej skutecznym okazał się bakterjofag gronkowcowy. Zalety tego sposobu leczenia są następujące: 1) staje się przez to zupełnie zbędnym zabieg operacyjny, pozostawiający zwykle po sobie bliznę dużą i szpecącą; 2) całkowite ustąpienie bólów samoistnych już po 6 — 24 godzinach. 3) szybkie zmniejszenie się obrzmienia i w związku z tem bolesności wywołanej (przy ruchach ciała); wreszcie 4) znaczne skrócenie czasu gojenia się (w 62% — poniżej 8 dni). Leczenie ogólne zapomocą bakterjofagu polega na wstrzykiwaniach podskórnych po 2 cm³ w odstępach 2-dniowych, powtarzanych 2—4 krotnie, a miejscowe — na wstrzykiwaniach do ogniska (1—2—3 razy) i na okładach z gazy, zwilżonej bakterjofagiem.

Zwykle już 1—2 wstrzyknięciach następuje dokładne oddzielenie się czopa martwicowego, który może być łatwo usunięty szczypczykami poprzez stosunkowo niewielki otworek w skórze, a powstałe owrzodzenie goi się szybko, pozostawiając po sobie bliznę niewielką, podatną i mało widoczną.

W pewnej ilości przypadków gojenie się czyraków postępowało niezwykle powoli i stwierdzano skłonność do nawrotów cierpienia (w innych okolicach ciała): badanie krwi u tych chorych wykazało obecność antibakterjofaga, który paraliżował działanie samego bakterjofaga. Chodziło tu przedewszystkiem o antibakterjofaga łańcuszkowcowego, w mniejszym stopniu—o bakterjofaga gronkowcowego, których obecność uniemożliwiała zadziałanie na drobnoustroje chorobotwórcze wstrzykiwanego bakterjofaga.

Zwalczanie ewentualnego antibakterjofaga polega na wstrzykiwaniu choremu jego własnej krwi (autohemoterapja), które w ten sposób powinno uzupełniać w niektórych przypadkach leczenie czyraków pojedyńczych i mnogich (anthrax benignus) bakterjofagiem.

Leczenie chirurgiczne ostrego wgłobienia jelit u dorosłych. (Traitement de l'invagination intestinale aigue chez l'adulte). Leclerc. *La Presse Méd. Nr. 20, marzec 1929.*

Autor wypowiada swoje uwagi na podstawie zebranych z literatury francuskiej 24 przypadków wgłobienia jelit u dorosłych, przebiegających od początku ostro, i własnych tegoż rodzaju 3 przypadków. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła tylko 6%, to jest znacznie mniej, niż u osesków.

Proponowano tu następujące zabiegi: 1) odgłobienie jelita — co wykonano w 12 przypadkach na ową ogólną sumę 24, jest to zabieg najłagodniejszy i prawie zawsze prowadzi do wyleczenia; należy go możliwie uzupełnić usunięciem przyczyny wgłobienia jako to—polipa podśluzówkowego (enterotomja), guza złośliwego (wycięcie kiszki, wyrostka, nadmiernej ruchomości kątnicy (caecopexio, caecoplicatio); 2) wycięcie odcinka kiszki wgłobionego i wgłabiającego (30% śmiertelności— z następowem zespoleniem bocznem, końcowem, ewentualnie z wszyciem obu otworów w ścianę brzuszną; 3) wycięcie wyłączne odcinka wgłobionego, po nacięciu ściany odcinka wgłabiającego; 4) zespolenie powyżej i poniżej miejsca wgłobienia (100% wyleczenia; 5) wytworzenie przetoki kałowej powyżej miejsca wgłobienia i wreszcie 6) wyłonienie nazewnątrz odcinka wgłobienia.

Operacją z wyboru winno być — według autora odgłobienie jelita wgłobionego. W przypadkach, gdzie się to ze względów technicznych już nie da przeprowadzić, pozostaje wykonanie wycięcia odcin-

ka chorego — o ile tylko stan ogólny chorego na to pozwala, a wgłobienie dotyczy jelita cienkiego i ma miejsce na niezbyt dużej przestrzeni; w przeciwnym razie wskazanem będzie wykonanie tylko zespolenia. W przypadkach bardzo ciężkich najlepiej jest ograniczyć się tylko do wyłonienia całej chorej pętli jelitowej nazewnątrz, z następowem wytworzeniem przetoki kiszkowej,

Leczenie chirurgiczne rozstrzeni oskrzeli-bronchiectasiae (Le traitement chirurgical de la dilatation des bronches). Mignot. *La Presse Méd. Nr. 20, marzec 1929.*

Rozstrzeń oskrzeli, uważana doniedawna jeszcze za schorzenie rzadkie, od czasu wprowadzenia do badania metody wstrzykiwania do tchawicy lipjodolu bywa rozpoznawana obecnie o wiele częściej. Leczenie wewnętrzne rozstrzeni oskrzeli jest jedynie leczeniem objawowem, paliatywnem. Samą istotę choroby zaatakować można wyłącznie zapomocą zabiegów chirurgicznych, do których — z drugiej strony—dają wskazania tylko przypadki rozstrzeni jednostronnej, lub obustronnej z wyraźną przewagą zmian po jednej stronie.

Stosowano tu następujące rodzaje zabiegów: 1) odma piersiowa — daje naogół wyniki dobre, jakkolwiek krótkotrwałe, jest zabiegiem łatwym i dobrotliwym, ale nie zawsze, jak wiadomo, znajdują się dla niej odpowiednie warunki w jamie opłucnowej (zrosty); 2) wycięcie odpowiedniego płata płucnego (lobectomia) — jest zabiegiem doszczętnym, daje wyniki dobre i trwałe, ale jednocześnie daje dużą śmiertelność, 40—57%; mniejszą śmiertelność daje tenże zabieg, wykonany zapomocą żegadła cieplnego lub termokoagulacji; 3) pneumotomia, nacięcie płuca i sączkowanie—środek mniej stosowany w rozstrzeni oskrzeli; 4) wycięcie nerwu przeponowego — wskazane jest w rozstrzeni oskrzeli dolnego płata, ale wyniki daje naogół niepewne i niestałe, jest zabiegiem łatwym i bezpiecznym; 5) operacja *Tuffiera* czyli odwarstwienie po wycięciu odpowiedniem żeber — opłucnej ściennej na pewnej przestrzeni i ucisk danego odcinka płuca poprzez nią — bardzo rzadko znajduje właściwe wskazania; wreszcie 6) thoracoplastyka pozaopłucnowa — zabieg ciężki i dosyć trudny, ale dający spadnięcie się płuca zupełne i trwałe. Wnioski ostateczne z powyższych rozważań możnaby sformułować w sposób następujący. Zaczynać należy zawsze od odmy piersiowej: w rozstrzeni dolnego płata spróbować można phrenicectomji, a u osobników młodych i silnych — lobectomji; w przypadkach rozstrzeni rozległej, całego płuca, wskazana będzie thoracoplastyka dwuczasowa.

W ostatnich czasach zaczęto stosować z powodzeniem bronchoskopję z aspirowaniem ropy i wprowadzaniem do oskrzeli roztworu nowarsenobenzolu.

Leczenie bólów z powodu zrostów pooperacyjnych. (De la douleur dans les adhérences post-operatoires). Gosset, Gutmann i Jahiel. *La Presse Méd. Nr. 21, marzec 1929.*

Zrosty pooperacyjne w jamie brzusznej przejawiają się klinicznie najróżnorodniejszemi zaburzeniami w drożności przewodu pokarmowego i bólami, przyczem te ostatnie w dużej większości przypadków są jedynym objawem tych zrostów, ale objawem bardzo dokuczliwym i bardzo trudno naogół poddającym się leczeniu. Patogeneza tych bólów jest jeszcze ciemna. Być może chodzi tu o ucisk blizny na drobne włókienka współczulne dookołatrzewne, lub też drażnienie czuciowych zakończeń nerwowych, zawartych w nowopowstałych błonach zapalnozrostowych, przez ich przekrwienie i obrzmienie, ewentualnie może ból zjawia się tu poprostu jako następstwo odruchu nerwowego, analogicznie do odruchowego skurczu odźwiernika, jelit i t. p.

Klasyczne leczenie tego rodzaju objawów bólowych polega na stosowaniu diatermji jako środka zmniejszającego przekrwienie i powodującego ustępowanie nacieków zapalnych. W tym samym celu autorowie stosowali domięśniowe wstrzykiwania 4 prc. roztworu estru benzylo-cynamonowego w oliwie, w ilości 2 cm^3 na dawkę; wstrzykiwali codzien-

nie w ciągu 15 dni, po tem robili przerwę 3-tygoniową, po której następowała druga serja, i t. d, aż do ogólnej ilości 4—5 seryj. W 1/3 części wszystkich przypadków otrzymali wyleczenie zupełne, w 1/3 — wyraźną poprawę i w pozostałych — brak wyniku. Działania ubocznego tego środka, ani jakichkolwiek powikłań w przebiegu leczenia nie zauważyli. Jedynem przeciwskazaniem do stosowania wstrzykiwań estru benzylo-cynamonowego są objawy niedomogi wątroby i nerek.

Schorzenie pourazowe łąkotek stawu kolanowego (Lésions traumatiques des menisques du genou). Mouchet. *La Presse Méd. Nr. 24, marzec, 1929.*

W ostatnich latach zainteresowanie temi schorzeniami ogromnie się wzmogło, ukazał się cały szereg prac na ten temat. i w związku z tem zaczęto o wiele częściej schorzenia pourazowe łąkotek rozpoznawać. Jednakże jeszcze zbyt często w przypadkach obrażenia łąkotek rozpoznaje się gościec stawowy lub gruźlicę. Dlatego też autor przypomina krótko najbardziej charakterystyczne dla tego schorzenia objawy. A więc przedewszystkiem wywiady dostarczają tu bardzo cennych danych — ścisły związek początku choroby z urazem, szereg urazów powtarzających się (rzekome „wykręcenia stawu), powtarzające się blokady stawu, które się utrzymują od paru minut do 2—3 dni, wreszcie — co bywa rzadziej — stały ból w okolicy przyśrodkowej części linji stawu kolanowego. Przedmiotowo stwierdza się. niewielką puchlinę stawu chorego, umiarkowane zaniki mięśniowe, wyraźną bolesność uciskową na wysokości linji stawu po stronie przyśrodkowej (gdyż w 80—95 prc. przypadków obrażenia ulega łąkotka przyśrodkowa), między więzadłem rzepkowem i więzadłem obocznem przyśrodkowem. Obraz kliniczny uzupełnia ujemny wynik badania rentgenowskiego.

Autor dodaje tu jeszcze, że z objawów klinicznych można nawet wyciągać wnioski co do rodzaju zmian anatomicznych w łąkotkach, a mianowicie: powtarzającym się okresowo blokadom stawu kolanowego odpowiada rozerwanie podłużne łąkotki z przemieszczeniem mostka przyśrodkowego do okolicy dołu międzykłykciowego, zaś utrzymującemu się stale, z pewnemi wahaniami, bólowi odpowiadają zwykle niewielkie i ograniczone do brzegu przyśrodkowego uszkodzenia łąkotki.

Rozpoznawanie i leczenie ropniaków jajowodów, przerwanych do wolnej jamy otrzewnowej. (Des ruptures de pyo-salpinx en peritoine libre, et spécialement de leur traitement par laparotomie simple et application d'un Mikulicz). Sabadini. *Revue de Chir. Nr. 9, 1928.*

Przerwanie się ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnowej jest naogół powikłaniem rzadkiem; mechanizm tego przerwania bywa dwojaki: a) pęknięcie urazowe (wysiłek fizyczny, defekacja, coitus, uderzenie w brzuch, badanie ginekologiczne) ropniaka zwykle w okresie podostrym lub przewlekłym (drobnoustroje o zmniejszonej jadowitości), przyczem pęknięcie to może nastąpić albo bezpośrednio po urazie, albo w najbliższych po nim dniach; b) samoistne przedziurawienie ropniaka, znajdującego się w okresie zaostrzenia po porodzie lub poronieniu. W następstwie przerwania się — na tej czy na innej drodze — powstaje szybko rozlane ropne zapalenie otrzewnej; badanie ropy w tych przypadkach wykazywało obecność następujących drobnoustrojów: prątka okrężnicy (daje najgorsze rokowanie), łańcuszkowca, gronkowca, dwoinek tryprowych, wreszcie w pewnej ilości przypadków ropa była zupełnie jałowa. Początek bywa zawsze ostry i szybko rozwija się stan ciężkiej zapaści; badanie ginekologiczne w tym okresie może nie wykazać żadnych wyraźnych zmian. Rokowanie jest bardzo poważne; przypadki nieoperowane kończą się śmiercią z reguły, śmiertelność pooperacyjna wynosi 45 proc. W rozpoznawaniu różniczkowem uwzględniać należy: 1) zaostrzenie miejscowego, w zakresie małej miednicy, przewlekłego zapalania otrzewnej, tak częstego w przebiegu zapalenia jajowodów — które daje przeciwskazanie do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego; 2) przedziurawienie wyrostka robaczkowego; 3) pęknięcie jajowodu wskutek ciąży pozamacicznej, i inne.

Z chwilą ustalenia rozpoznania należy operować natychmiast. Wycinanie w czasie zabiegu jednej lub obu trąbek, a nawet macicy — uważa autor za niepotrzebne i szkodliwe, gdyż przedłuża samą operację, powiększa wstrząs pooperacyjny, chorej nie przynosi żadnej korzyści, a wprost przeciwnie, pozbawia ją nazawsze narządów ważnych, których wartości czynnościowej w czasie operacji nie jest się w stanie ocenić.

Autor proponuje tu wykonanie operacji według następującego planu. Cięcie powłok brzusznych od pępka do spojenia; wybranie gazikami ropy z jamy Douglasa, obejrzenie przydatków i ewentualne poszerzenie otworu perforacyjnego w jajowodzie (dla zapewnienia swobodnego odpływu ropy), wyciśnięcie przezeń całkowitej zawartości chorej trąbki i stwierdzenie jej drożności zgłębnikiem; następnie — przemycie zakażonej otrzewnej eterem i, wreszcie, zeszycie powłok brzusznych szwem metalowym jednopiętrowym z pozostawieniem worka *Mikulicza*, oddzielającym górną część jamy otrzewnowej od dolnej części zakażonej.

Opuszczenie i niedowład żołądka i towarzyszące mu objawy ze strony dwunastnicy. (Les troubles d'évacuation dans les ptoses gastriques. Atonies simples et syndromes duodénaux). Timbal. *Paris Méd. Nr. 9, 1929.*

Autor wypowiada swoje uwagi na podstawie spostrzeganych przez siebie i badanych promieniami X 300 tego rodzaju przypadków. To wydłużenie żołądka ku dołowi jest następstwem, między innemi, wrodzonej lub nabytej wiotkości przedniej ściany brzucha i z drugiej strony, osłabienia napięcia (tonus) i kurczliwości (płytkie wzdęcia skurczowe i brak segmentacji obrazu) samego żołądka, co się zaznacza wyraźnie dopiero po przyjęciu płynu kontrastowego — żołądek zdrowy zawsze przystosowuje swoją pojemność do zawartości i niewielka nawet ilość treści wypełnia go całkowicie. wtedy kiedy żołądek atoniczny już po wprowadzeniu bardzo małej ilości płynu ulega znacznemu rozciągnięciu i wydłużeniu ku dołowi, a powyżej płynu pozostaje dużo wolnej przestrzeni.

W następstwie osłabienia napięcia ściany żołądka i jego kurczliwości, a także w związku z jego wydłużeniem ku dołowi powstaje zaleganie w nim treści pokarmowej, i to tym większe, im niżej sięga dolna granica żołądka (od 4 cm do 12 poniżej linji

kolców biodrowych). Do tego zalegania treści przyczynia się w dużym stopniu zmiana we wzajemnem ułożeniu dwunastnicy i żołądka, przyczem bywają tu dwa wypadki: a) dwunastnica zostaje na miejscu, a jej opuszka wydłuża się ku dołowi wraz z odźwiernikiem — do objawów przeszkody mechanicznej wskutek zagięcia przyłącza się spazm odźwiernika wskutek utrzymującej się długo „nadkwaśności opuszkowej“ (zaburzenie w neutralizacji zawartości opuszki); b) w drugim przypadku dwunastnica obniża się wraz z żołądkiem, opuszka zachowuje swoją prawidłową postać, ale następuje znacznego stopnia zwężenie na przebiegu środkowej części dwunastnicy. W pierwszym przypadku mamy klinicznie bóle późne, wymioty, objawy nadkwaśności, wreszcie gwałtowne, bóle napadowe jak we wrzodzie żołądka. W drugim — bóle późne bez wymiotów, objawy nadkwaśności; bóle napadowe jak we wrzodzie (czasami następują po tem biegunki jak w zwężeniach dwunastnicy), wreszcie zmiany ze strony wątroby.

Powyższe objawy kliniczne ustępują w dużym stopniu po zaleceniu chorym takim leżenia po przyjęciu pokarmu, noszenie paska odpowiedniego, gimnastyki brzusznej, wreszcie odpowiedniej jakościowo i ilościowo djety (częste i małe porcje).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

W sprawie przypadku późnego krwotoku w połogu. (An sujet d'une observation d'hemorragie tardive du post-partum raportée anterieurement à la societé). Voron, Moulinier. *Bulletin d. l. Soc. d'Obstetr. et de Gynecologie Nr. 1, 1929.*

Z powodu krwotoku w 8-ym dniu połogu wykonał jeden z autorów ręczne wydobycie pozostałego płatu łożyskowego, zachowując możliwie największą ostrożność, co poszło tem łatwiej, że płat ten był lekko tylko przytwierdzony na cienkiej szypule do ściany macicy. Z początku udało się opanować objawy zakażenia, które wystąpiło po wspomnianym zabiegu i w czasie 4 dniowej remissji autorowie, przedstawiając przypadek, uznali go za wyleczony. Wypowiedzieli wówczas zdanie, że wolno kusić się o wyjęcie resztek po porodzie, o ile udają się one usunąć łatwo. Jednakowoż po krótkiej remisji objawy zakażenia pod postacią pyemia wystąpiły znowu i wkrótce doprowadziły do zejścia śmiertelnego.

Wobec powyższego autorowie zmieniają swe dotychczasowe stanowisko, twierdząc, że należy albo, o ile to możliwe, leczyć krwawienia w połogu bez wkraczania do wnętrza macicy, albo jeżeli krwotok zmusza nas do interwencji, to należy odrazu wyciąć macicę, usuwając tem samem tak źródło krwawienia, jak ewentualnego zakażenia.

Śmiertelny krwotok wewnątrzbrzuszny przy końcu ciąży, spowodowany przez bujania doczesnowe na tylnej ścianie macicy. Martwica rozległa komórek wątrobowych, jak w rzucawce porodowej. (Haemorrhagie léthale entraabdominale a la fin de la grossesse causêe par excroissances deciduales sur la paroi postérieure de la matrice. Necrose fort etèndue des cellules hépatiques comme dans l'eclampsie). Kouwer. B.J. *Gynécol. et d'Obstétrique, t. XIX, Nr. 1.*

Autor podaje jako jedyny dotąd w piśmiennictwie, następujący przypadek. Osoba l. 39 zaszła poraz pierwszy w ciążę w wieku 39 lat. W 3-im mies. ciąży na skutek błędnego rozpoznania ciąży pozamacicznej, autor poddał chorą operacji przyczem stwierdził torbiel jajnika prawego, (którą usunął) o charakterze t. zw. torbieli czekoladowej (smołowej), i małą torbielkę jajnika lewego, która pękła podczas oddzielania zrostów. Ponadto na wolnej powierzchni wyrostka robaczkowego stwierdzono cienką warstwę małych rozrostów doczesnowych (excroissances deciduales), pomimo to wyrostek pozostawiono in situ. Mniej więcej w terminie wystąpiły bóle porodowe, różniące się jednak od prawidłowych. Wystąpiła znaczna bolesnosć całego brzucha, dna macicy jak również jej boków, i nadmierna pobudliwość macicy, reagującej na każde dotknięcie żywymi skurczami. Bolesność mijała przy ułożeniu rodzącej na boku. Po krótkotrwałym kilkogodzinnym uspokojeniu się tej bolesności wystąpiły bóle, początkowo brane za bóle porodowe, wyrażające się jednak, jak spostrzeżono wkrótce, w bolesności całego brzucha, tak samoistnej, jak przy dotyku. Wymiotów nie było. Jednocześnie wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Wykonana natychmiast laparatomja wykazała masy krwi, częściowo skrzepłej w brzuchu. Macica nienaruszona. Za źródło tego krwotoku śmiertelnego (gdyż chora natychmiast po operacji zmarła) uważa autor bujania doczesnowe, pokrywające na szerokiej przestrzeni tylną powierzchnię macicy w jej dolnym odcinku.

Badanie pośmiertne wykazało w wątrobie zwyrodnienie komórek, żywo przypominające zmiany w wątrobie przy rzucawce porodowej lub przy przedwczesnym odklejeniu łożyska. Wiążąc to spostrzeżenie z przyczyną śmierci w omawianym przypadku, autor przypuszcza, że pierwotną przyczyną było tu zatrucie ciążowe, które (jak w rzucawce porodowej) spowodowało nadmierną kruchość naczyń krwionośnych, to zaś było przyczyną krwotoku, niestety śmiertelnego, ze zmienionej doczesnowo otrzewnej podczas ciąży, bardzo silnie ukrwionej.

Zapalenie żył w czterech kończynach w przebiegu ciąży pozamacicznej pękniętej. (Phlebite des quatre membres au cours d'une grossesse extra-utérine fissurée). Cotte. *Bulletin d. l. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie Nr. 1, 1929.*

Zapalenie żył wystąpiło w przypadku autora najpierw w prawej nodze; potem w prawej ręce, następnie w tym samym porządku po stronie lewej; poszczególne kończyny zachorowywały w odstępach mniej więcej tygodniowych. Mniej więcej po upływie 3 mies. minęły objawy chorobowe we wszystkich kończynach i wówczas to *Cotte*, do którego wówczas zwróciła się chora, dokonał operacji trąbki prawej, z powodu ciąży pozamacicznej w cieśni prawego jajowodu. Przebieg operacyjny prawidłowy. Krwisteku, ani śladu po nim w zatoce Douglasa autor nie spostrzegł; wobec czego nie może on wyjaśnić sobie, w jaki sposób powstało tu zapalenie żył; zropienia krwisteku, które było by źródłem zakażenia nie udało się stwierdzić; pozostaje więc przypuszczenie, że miało tu miejsce aseptyczne zapalenie żył.

W związku z tym przypadkiem rozwinęła się w Lugduńskiem Towarzystwie Ginekologicznem dyskusja nad etjologją phlebitis. Jedni uważali zapalenie żył za objaw zakażenia, inni stwierdzali istnienie jałowych zapaleń żył, na tle zastoju przedewszystkiem; większość stronników tego drugiego poglądu zwracała uwagę na jałowe zapalenie żył zwłaszcza częste po operacyjnem usunięciu włókniaków.

Villard zwrócił między innemi uwagę na swoje dawniejsze obserwacje, podczas których stwierdził on, że otoczka wewnętrzna tętnic zawiera substancje, wywołującą krzepnięcie krwi. Widać to naocznie, skoro podczas operacji, obnażyć przecięte naczynie z przydawki — krew krzepnie wówczas wolniej, niż przy zwykłym przecięciu naczynia, kiedy wylewająca się krew styka się również z przydawką.

Rak pierwotny jajowodu. (Épithèlioma primitif de la trompe de Fallope). Le Balle L., Patay R. *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie Nr. 1, 1929.*

Przypadek autorów dotyczy 44-o letniej kobiety, skarżącej się na upławy surowiczo-krwiste, występujące od czasu do czasu od 3 mies. ze wzrastającym natężeniem. Badanie wykazało niewielki, niebolesny guzek prawego jajowodu. Wobec nieustępujących objawów (upławy) przy ujemnym wyniku badania anatomo-patologicznego wyskrobin z macicy wykonano w 2 mies. po pierwszem badaniu próbne otwarcie brzucha, które wykazało, że wyżej wspomniany guzek jajowodu prawego był rakiem pierwotnym, gdyż żadnych zmian pozatem w narządzie rodnym nie stwierdzono. Makroskopowo omawiany nowotwór był brodawczakiem. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie raka, Stan chorej dobry, obecnie minęło już od czasu operacji 16 miesięcy, chora jest bez nawrotu.

W dyskusji *M. Donay* wspomniał o obserwowanych przez się 2 przypadkach raka trąbki. W obydwu wysuwały sie wśród objawów na plan pierwszy obfite, wodniste, krwiste upławy. W pierwszym obok brodawczakowatego raka trąbki. istniał takiż rak jajnika po tejże stronie. Oczywista trudno z całkowitą pewnością uznać jedno z nich za pierwotny: anatomo-patolog jednak uważał nowotwór jajowodu za pierwotny.

W dalszem leczeniu zastosowano jeszcze dwie operacje, leczenie promieniami X z powodu nawrotów.

Obecnie właśnie mija 5 lat od czasu pierwszej operacji, chora jednak jest już w beznadziejnym stanie.

W przypadku drugim *Donay* stwierdził raka jajowodu i macicy. D. uważa nowotwór trąbki za pierwotny, a raka macicy za jego przerzut, trudno to jednak stwierdzać z matematyczną pewnością.

Mikroskopowo stwierdzono carcinoma cylindrocellulare,

Chora po roku wykazywała już początki nawrotu. Więcej nie zjawiła się do kontroli.

W sprawie wytworzenia operacyjnego cewki moczowej u kobiety. (A propos de la restauration chirurgicale le l'uretre chez la femme). Férard J. *Gynecologie et Obstétrique T. XIX, Nr. 1.*

Autor podaje sposób postępowania *Marion'a*, wykonany dotychczas przez niego w 5 przyp. z dobrym wynikiem. Polega on na zamknięciu na głucho ubytku tkanki, wytwarzającego przetokę pęcherzowo-cewkowo-pochwową; jednocześnie otwiera się pęcherz ponad spojeniem łonowem czasowo dla odpływu. Następnie (tempo II) po zagojeniu się pierwszej operacji, wycina się ze śluzówki pochwy czworokątny płatek, który nawinięty na zgłębnik tworzy surkę (powierzchnią krwawiącą na zewnątrz). Teraz trokarem wygiętym przebija się tkankę pod spojeniem łonowem od okolicy przedłechtaczkowej do dna pęcherza. Przez ten kanał przeprowadza się rurkę przeszczepu do pęcherza, tak aby wystawała ona nieco do światła pęcherza. Pamiętać przytem należy, aby poniżej tej sztucznej cewki pozostała dość znaczna ilość tkanki, jako podpora. Główną myślą przewodnią omawianego postępowania jest wytworzenie długiego i wygiętego kanału cewki, z dostateczną podporą od dołu. Kanał taki tym lepiej trzyma mocz w pęcherzu, im ściślej odpowiada wyłuszczonej myśli autora. Działanie zwieracza cewki zastępuje częściowe zbliznowacenie sztucznego kanału.

Otrzymywanie hormonu płciowego i wyniki leczenia folikuliną. (Extraction de l'hormone sexuelle femelle et resultats de la folliculinotherapie). Serdukoff. *Gynécologie et Obstétrique T. XIX, Nr. 1.*

W długim chaotycznym artykule autor podaje swe wyniki leczenia folliculiną w 125 przyp. Folliculinę podawał autor w trojakiej postaci: 1) świeży płyn pęcherzykowy, wydobyty wprost z jajnika świni z pęcherzyków nieprzekraczających wielkością pestki wiśni; 2) emulsja płynu pęcherzykowego w oliwie, z której wypada przy staniu follikulina w postaci jasno-brunatnych ziarnistości; 3) roztwór wodny, uzyskiwany zapomocą rozpuszczenia w roztworze fizjologicznym osadu uzyskanego po odparowaniu z poprzedniej emulsji w oliwie. Siła działania roztworu wodnego odpowiada 6 jednostkom mysim w 1 cm.³

Za dawkę odpowiednią dla człowieka uważa autor 8,10 do 12 cm³, co odpowiada 18 do 30 jednostek mysich, injekcje taką powtarza on codzień, lub co drugi dzień we wzrastających dawkach (2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 15 cm³); przeciętnie ilość injekcji równała się 10. Wstrzykiwanie świeżej follikuliny daje odczyn ogólny, emulsji i roztworu wodnego — pozostaje bez reakcji. Z rozmaitych obserwacji poczynionych przez autora nad działaniem follikuliny na organizm zwraca uwagę zachowanie się kwasoty pochwy, mianowicie po 12 godzinach występuje odczyn zasadowy wydzielin pochwy utrzymujący się przez następne 24 godziny, jednocześnie stwierdza się wzmożenie ilości komórek nabłonkowych, młodych, o dobrze barwiącym się jądrze. Po 36 godzinach wraca odczyn prawidłowy pochwy i zmniejsza się ilość leukocytów; niekiedy nawet odczyn staje się bardziej kwaśny, niż był przed działaniem follikuliny.

Wyniki swego leczenia autor ujmuje, jak następuje:

1. w 75 proc. — poprawa stanu ogólnego.

2. w 50 proc. — wzmożenie libido i zadowonia płciowego.

3. w 25 proc. — ustanie krwawień w metropathia haemorhagica.

4. w 18 proc. — wyleczenie braku miesiączki bolesnego miesiączkowania.

5. w 25 proc. — ustalenie prawidłowego typu miesiączek.

6. w 20 proc. — powiększenie miesiączek.

7. w 6 proc. — wyleczenie niepłodności.

8. w 5 proc. — zmniejszenie wydzieliny chorobowej.

9. w 10 proc. — powiększyła się chęć do życia i zdolność do pracy.

10. w 12 proc. — zmiana wagi.

11. w 20 proc. — rozpulchnienie tkanek, stwierdzalne badaniem zestawionem.

T. Zawodziński

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

O niedrożności nosowej oseskó w i jej leczeniu zapomocą diastolizacyi (L'obstruction nasale du nourisson (Pseudo-vegetations). Son traitement par la diastolisation. M. Wisner. *Archives internat. de Lar., tom VII, Nr. 6, czerwiec 1928.*

Przy niedrożności nosowej oseskó w zbyt pohopnie przypisuje się przerostom w nosie, a zwłaszcza adenoidom przyczynę. Wedle badań *Wormsa, Halphena, Roberta Leroux, Gautier'a* i innych, duży odsetek przypadków ma swą przyczynę w kile wrodzonej i gruźlicy, a również duży odsetek w rozlanych zmianach śluzówki jamy nosogardłowej, a zwłaszcza nosa, spowodowanych zwykłym nieżytem na tle zakażenia lub przeziębienia. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń podziela to zapatrywanie. Wobec tego sięganie do adenotomii tylko wyjątkowo ma rację bytu, a na pierwszy plan wysuwa się obok leczeniu przyczynowego (kiła, gruźlica, przeziębienia wskutek błędnej opieki nad oseskiem, odkażanie zapobiegawcze dróg nosowych po porodzie analogicznie do zabiegu *Credégo* do oczu, działanie antyseptyczno ściągające miejscowe Colargol), specjalna metoda zwana d i a s t o l i z a c j ą. Jestto prosty zabieg, polegający na wprowadzeniu drenika od tyłu zamkniętego do przewodu nosowego. Drenik łączy się od przodu z gruszką gumową i wykonuje się szereg ruchów tłoczących gruszką, powodujących rozdymanie się drenu i masaż śluzówki. Zabieg ten prowadzi po kilkakrotnem zastosowaniu w odstępach parodniowych do doskonałych wyników, zwłaszcza w przypadkach spowodowanych nieżytem, ale i w przypadkach na tle kiłowem i gruźliczem objawowe działanie jest korzystne. W każdym przypadku niedrożności winno być przeprowadzone badanie w kierunku kiły i gruźlicy pacjenta i [rodziny. Autor przytacza kilka historji chorób na poparcie swego stanowiska.

O nosowej niedomodze oddechowej (L' insuffisance respiratoire nasale). G. Worms. *Archives internat. de lar. Tom VII. Nr. 7, czerwiec i lipiec 1928.*

W pracy tej obejmującej 180 stron druku zajmuje się autor 1) fizjologją oddechania nosowego 2) etiologją niedomogi oddechowej nosowej, 3)wpływem tego zaburzenia na organizm, wreszcie 4)rozpoznaniem i leczeniem cierpienia. Wyczerpująca źródłowa ta praca kończy się następującymi wnioskami. Nosowa niedomoga oddechowa (n. n, o.). jest poważnym działem ogólnej patologji, który winien zajmować poczesne miejsce w rozważaniach lekarza. Zaburzenia wywołane „n. n. o“ą nie są wyłącznie rhinologiczne. Studjum tych zaburzeń prowadzi do dziedzin najrozmaitszych. Zarówno rozwój ogólny organizmu, jak i szereg groźnych cierpień stoją pod znakiem „n. n. o.“ ej. Wielokrotność przejawów „n. n. o.“ej sprawia, że może ona być długo nierozpoznaną. Jaknajwczesniejsze jej rozpoznanie metodami racjonalnemi, opartemi na badaniu fizykalnem i czynnościowem jest konieczne. Leczenie „n. n. o.“ej, czyli przywrócenie fizjolooicznych warunków oddechania nosowego jest częstokroć skomplikowane i wymaga współdziałania rhinologa ze stomatologiem, internistą i fizjoterapeutą, a zacieśnienie tej współpracy będzie czynnikiem postępu leczniczego w tym kierunku. Koniecznem jest rozwinięcie akcji uświadamiającej szerokie masy publiczności o skutkach i niebezpieczeństwach rozwijającej się „n. n. o“ej, zwłaszcza u dzieci. Rodzice i nauczyciele oddadzą niezwykłą przysługę sprawie zdrowia dzieci powierzonych ich pieczy, jeśli zwrócą baczną uwagę na pierwsze przejawy tego podstępnego cierpienia i podejrzane dzieci przedstawią wcześnie powołanym lekarzom. Sprawa „n. n. o,“ej jest sprawą społeczną pierwszorzędnej wagi. Wolność oddechu nosowego, powiada autor, jest jedną z najcenniejszych form wolności, której należy bronić w interesie jednostki i potomstwa. System badań rhinologicznych w szkołach i wszelkich ośrodkach wychowawczych powinien być pogłębiony i rozszerzony.

O nowej metodzie leczenia opèracyjnego ozeny. (Sur un nouvean traitement operatoire de l'ozène). A. Flores. *Archives. internat. de lar. T. VII, Nr. 7, czerwiec i lipiec 1928.*

Autor na materjale 20 chorych w miejscowości Lima (Peru) stosował w ozenie wszczepianie kości— z goleni lub z muszli dolnej resekowanej u innych pacjentów cierpiących na nieżyt przerostowy nosa— pod śluzówkę dolnej muszli swoich pacjentów. U wszystkich tak leczonych pacjentów strupy i fetor znikły, u większości pacjentów wróciło powonienie. Metoda wszczepiania jest oczywiście podśluzówkowa. Autor nie rozporządza jeszcze, jak się zdaje, dużym okresem obserwacji trwałości osiągniętych wyników.

O odwonieniu chorych na ozenę. (La désodorisation des ozéneux). H. Lavrand.

Autor stosuje od 20 lat „z jaknajlepszymi rezultatami“ metodę leczenia ozeny wychodzącą z założenia, że podłożem objawów ozeny jest schorzenie kostne komórek sitowych. Autora naprowadza na to fakt, że po gruntownem oczyszczeniu nosa pierwsze ślady nowej wydzieliny okazują się wrzekomo zawsze w środkowym przewodzie nosowym. Autor nie przywiązuje wagi do przepłukiwań systematycznych nosa, lecz po instrumentalnem dokładnem oczyszczeniu go, a zwłaszcza przewodu środkowego, stosuje w tem miejscu w znieczuleniu miejscowem roczyn chlorku cynku 1:30, zaś w uporczywych przypadkach etmoidotomję z excochleacją i wkraplanie do nosa 2%-owej oliwy gomenolowej. Autor na potwierdzenie wywodów przytacza trzy historje chorób.

Operacja splotu n. współczulnego tętnicy szyjnej w ozenie. (La sympathectomie pericarotidienne dans l'ozène). P. Bërtein. *Jw.*

Zabiegiem tym, uzasadnionym teoretycznie w innej pracy, którego dodatnie wyniki lecznicze omawia autor również gdzieindziej, zajmuje się tu autor, by dać dla niego nowe wyjaśnienie teoretyczne. Zdaniem autora nietrwałość wyników po tym zabiegu pochodzi nie stąd, jak dotąd przypuszczano, iż nie udaje się go przeprowadzić dość dokładnie i że przecięte włókienka splotu odradzają i zrastają się ponownie, albowiem wbrew ustalonej opinji nie rozchodzi się tu o przecięcie odśrodkowo działających włókien naczynioruchowych (fibres centrifuges), lecz zabieg ten bez względu na ilość przeciętych włókienek działa jako centralny bodziec odruchowy przez podrażnienie włókien dośrodkowych. Jako odruch zaś działanie to musi mieć charakter przejściowy. Ponieważ jednak sympatektomia przy neurotroficznych wrzodach dolnych kończyn daje wyniki trwałe, autor spodziewa się z czasem i ten zabieg udoskonalić.

Wskazania lecznicze w gruźlicy krtani (Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée). H. Caboche. *Jw. N. 8 wrzesień, październik 1928.*

Szczegółowa praca obejmująca przeszło 100 stron druku stawia sobie zadanie ogarnięcia syntetycznego wszystkich środków leczniczych rozporządzalnych dziś dla leczenia gruźlicy krtani przy uwzględnieniu także ostatnich wyników i ostatnich punktów widzenia w ujmowaniu klinicznem tego cierpienia. Praca obejmuje, obok patogenezy, leczenie ogólne hygieniczno-djetetyczne, leczenie drogą milczenia, instylacje miejscowe, rozszczepienie krtani lecznicze, odmę sztuczną, dalej leczenie chirurgiczne, fizykalne, biologiczne i środkami farmakologicznymi doustnie i drogą wstrzykiwań, wreszcie rozpatruje autor wyniki lecznicze w zależności od form klinicznych gruźlicy krtani, wnioski końcowe są następujące (w skrócie): Postęp leczniczy w ostatnich 15 latach jest niewątpliwy. Do czasu uzyskania leczenia swoistego nie można mówić o jednej metodzie leczenia lokalnego, lecz metody należy kombinować. Leczenie ogólne (hyg. djetyczna i t. d.) i płuc (odma), jakoteż stosowanie milczenia są istotnemi częściami leczenia wszelkiej gruźlicy krtani. Leczenie lokalne ma być poprzedzone instylacjami odkażającemi. Laryngektomia i laryngofissura nie wchodzą nigdy, a epiglottektomia tylko nader rzadko w zakres leczenia gr. krtani. Wydaje się, że diatermokoagulacji będzie danem zająć miejsce epiglottektomii. Kwas mleczny i trójchloro-octowy pozostają zastrzeżone dla niektórych form owrzodzeń strun. Pewne miejsce należy się leczeniu miejscowemu tranem, którego własności fizykalno-chemiczne zaczynamy dopiero formować. Chirurgja wewnątrzkrtaniowa ogranicza się do zdejmowania tkanek bujających w formach atonicznych (torpides), pozatem metodą wyboru pozostaje przyżeganie elektryczne. Aktino — i helioterapia nie są pozbawione działania, lecz najlepsze wyniki dają w kombinacji z żegadłem elektrycznem. Dotychczasowe wyniki nie pozwalają jeszcze na ostateczne zdanie o wartości promieni Roentgena i diatermokoagulacji. Eter benzylowy i antigen *Bogueta* i *Négréa* dają wyniki całkiem niewątpliwie. chociaż jeszcze niewiadomo czy stałe. Autor dochodzi do wniosku, że przy spełnieniu warunku leczenia sanatoryjnego, można już dziś uważać gruźlicę krtani jako uleczalną, nieco mniejsze są szanse przy braku warunków higieniczno-djetetycznych jakoteż przy zwykłem leczeniu szpitalnem. Przy oddziałach szpitalnych autor domaga się pododdziałów dla leczenia gruźlicy krtani, wyposażonych odpowiednio i współpracujących ściśle z phtisiologiem.

Dr. *A. Schwarzbart* (Kraków).

K R O N I K A.

W drugiem półroczu odbędą się we Francji następujące kursy dokształcające:

Paryż:

Choroby wątroby. Prof. *Carnot* i prof. *Villaret.* Od 8.20.IX 250 fr.

Choroby przewodu pokarmowego. Jak wyżej. Od 22.IX do 1.X 250 fr.

Rozpoznawanie chorób płucnych za pomocą promieni Röntgena. Prof. *Sergent.* Listopad 250 fr.

Gruźlica. Prof. *Rist* i *Amenille.* Październik.

Złamania i zwichnięcia. Prof. *Delbet.* Od 14 do 25.X.

Radjologja kliniczna przewodu pokarmowego. Prof. *Duval.* Od 7 do 17.X 250 fr.

Choroby dziecięce. Prof. *Nobecourt.* Lipiec. 200 fr.

Gruźlica u dzieci. Jak wyżej. Wrzesień 100 fr.

Ginekologja. Prof. *Faure.* Od 24.VI do 6.VII i od 5—14.XII. 250 fr.

Ginekologja dla zaawansowanych. Jak wyżej. Od 14 do 26.X. 250 fr.

Położnictwo: Kurs elementarny. Prof. *Couvelaire.* 1—15.IX. 200 fr. Kurs dla zaawansowanych ze stażem klinicznym i operacjami od 1 — 31.X. 600 fr.

Położnictwo praktyczne. Prof. *Brindeau.* Od 15—30.X. 250 fr.

Choroby dróg moczowych. Prof. *Chevassu.* Od 24.VI do 13.VII. 500 fr.

Ortopedja i chirurgja dziecięca. Prof. *Ombrèdanne.* Od 16.IX do 2.X, 250 fr.

Choroby skórne i weneryczne. Prof. *Gougerot.* Październik, listopad, grudzień, 750 fr.

Choroby układu nerwowego. Prof. *Guillein.* Październik, 250 fr.

Anatomja patologiczna. Prof. *Roussy* i *Oberling*. Październik, 250 fr.

Chirurgja operacyjna dróg moczowych. *Leibowici*. Od 24.VI do 30.VI, 200 fr.

Chirurgja operacyjna wieku dziecięcego. *Meillere*. 16—26.IV, 300 fr.

Chirurgja kosmetyczna i plastyczna. Prof. *Sebileau i Dufourmentel*. Od 25.IX do 3.X, 1000 fr.

Strasburg:

Choroby ucha, gardła i nosa. Prof. *Canuyt*. 1—13.VII, 400 fr.

* * *

22 — 25 lipca r. b. odbędzie się w Warszawie VIII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego. Zjazd zapowiada się bardzo liczny; z Francji przybywa powyżej 100 osób.

* * *

W dniach 26—29 września odbędzie się w Wilnie VII Zjazd Internistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich.

Tematy główne:

1. Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy: prof. *Januszkiewicz*, prof. *Ejger* i prof. *Traczewski* z Wilna i doc. *Socbański* ze Lwowa.

2. Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. *Paszkiewicz*. prof. *Venulet* i doc. *Semerau-Siemianowski* z Warszawy.

Komitet Miejscowy Zjazdu uprzejmie uprasza PP. Kolegów o zgłaszanie referatów, pokrewnych powyższym tematom, chętnie jednakże będą widziane i referaty ze wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Sprawozdawcy tematu głównego mogą przemawiać do 50 minut (art. 15 regulaminu), wykład zwyczajny, zarówno luźny jak i dodatkowy do tematów głównych trwać może 15 minut (art. 16). Referaty główne powinny być zgłoszone w takim terminie, by uczęstnicy Zjazdu mogli je otrzymać wydrukowane w Organie T. I. P. najpóźniej na miesiąc przed otwarciem zjazdu (art. 13). Wykłady zaś zwyczajne (dodatkowe oraz luźne) z dokładnem podaniem tytułów oraz ich streszczeniem należy zgłaszać do Komitetu Miejscowego (Wilno, szpital św. Jakóba, biuro I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.) najpóźniej na 2 miesiące przed Zjazdem, t. j. do dnia 26 lipca celem umieszczenia referatu na porządku obrad dziennych. Wykładu zgłoszonego w okresie późniejszym lub nadesłanego bez streszczenia, Komitet niemoże umieścić na porządku dziennym. Uwzględniać się będą przedewszystkiem prace członków T. I. P. (honorowych i zwyczajnych). Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, przyjęty przez Zarząd Miejscowego Koła, lub przez Zarząd Główny po piśmiennem zgłoszeniu się do nich. We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem należy się zwracać do Przewodniczącego Sekcji, prof. Zenona Orłowskiego, według wyżej wskazanego adresu.

* * *

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłem porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje w Ciechocinku II trzydniowy Kurs dokształcający dla lekarzy w dniach 1, 2 i 3 września r. b.

Niezwykłe powodzenie zeszłorocznego Kursu, na który zapisało się 320 lekarzy, zawdzięczaliśmy udziałowi wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, a stąd wysokiemu poziomowi wykładów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków.

Komitet Organizacyjny, dążąc do postawienia tegorocznego Kursu na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: prof. dra St. Ciechanowskiego (Kraków), prof. dra Gluzińskiego (Warszawa), prof. dra Fr. Gröera (Lwów), prof. dra L. Hirszfelda (Warszawa), doc. dra T. Janiszewskiego (Kraków), prof. dra W. Jezierskiego (Poznań), prof. dra A. Karwowskiego (Poznań), prof. dra J. Nowaka (Kraków), prof. dra J. Piltza (Kraków). prof. dra A. Rosnera (Kraków), doc. dra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. dra B. Sawickiego (Warszawa), doc. dra M. Semerau-Siemianowskiego (Warszawa), prof. dra. J. Szmurły (Wilno), prof. dra I. Wierzejewskiego (Poznań).

Większość wymienionych prelegentów przyrzekło już swój współudział w Kursie.

Uczęstnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku i ulgi kolejowe.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania i po skończonym Kursie (m. innemi na Wystawę do Poznania).

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Ze względów mieszkaniowych liczba uczestników ograniczona jest do 300.

W imieniu Komitetu Kursów dokształcających.

Dr. *W. Przywieczerski* Naczelnik Wydz. Zakł. lecz. i Uzdr. Dep. Sł. Zdr. M. S. W. Inż. *St. Kozłowski*, Dyrektor Państw. Zakł. Zdr. w Ciechocinku. Dr. *J. Dembicki*, Przedstawiciel Kom. Zdr. w Ciechocinku. *A. Koperkiewicz* Burmistrz m. Ciechocinka Skarbnik K. K. *St. Żurkowski*, Prez. Stow. Nieruch. w Ciechocinku. Prof. dr. *E. Lolb*, Przewodniczący K. K. Doc. dr. *L. Lorentowicz*, zastępca przewodniczącego. Dr. *C. Hoppe*, Sekretarz K. K. Dr. *K. Ciągliński*. Pułk. dr. *J. Drac*. Dr. *T. Fafius* Dr. *P. Rudzki*.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie ciężkich oparzeń parą wodną — *La Presse Méd. Nr. 4, styczeń 1929.*

Leczenie ogólne ciężkich. rozległych oparzeń parą wodną polega na zwalczaniu wstrząsu (wstrzykiwania roztworu fizjologicznego soli, środki nasercowe), bólu i utraty wody z ustroju (podawanie dużych ilości płynów doustnie). Stosując leczenie miejscowe, pamiętać należy o niestosowaniu do opatrunków środków trujących (szybkie wsysanie z dużych powierzchni) i o ile możliwie rzadkiem zmienianiu tych opatrunków, co 2—3 dni; kończyny moczy się w ciepłym roztworze nadmanganianu potasu 2—3 g. na litr wody, na inne części ciała kładzie się opatrunki z gazy, zwilżonej powyższym roztworem i dokładnie wyciśniętej. Zaletami roztworów nadmanganianu potasu są w tym przypadku: zdolność odwaniająca i brak zupełny jadowitości.

W dalszem leczeniu pamiętać należy o możliwości powstania wadliwych blizn (przykurczenia) i nawet zrostów nieprawidłowych (syndactylia).

W niegłębokich i niezbyt rozległych oparzeniach twarzy dobre wyniki osiągnięto zapomocą stosowania ambryny (mieszaniny parafiny i wosku z olejkami żywicznemi, sporządzonej na gorąco).

* * *

W przypadkach uporczywych **wyprzenia skóry**, zwłaszcza u osobników nie znoszących jodu i lapisu, zaleca dr. *Broeg* smarowanie 10—20% wodnym roztworem ichtjolu, po zaschnięciu którego miejsca chore przysypuje się talkiem.

W zapaleniu naczyń chłonnych pokrywa skórę w miejscach zapalenia warstewką 20% roztworu ichtjolu w wazelinie (ewentualnie z dodatkiem lanoliny), a na to dopiero kładzie kilka warstewek gazy, zwilżonej 10% roztworem wodnym ichtjolu; unika się w ten sposób drażnienia mechanicznego skóry przez sztywną i niepodatną (po wyschnięciu wodnego roztworu ichtjolu) gazę. (*La Presse Méd. Nr. 18, marzec 1929*).

* * *

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

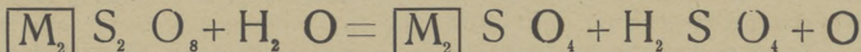
PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZA POMOCĄ **TLENU:**



$$\boxed{M_2} S_2 O_8 + H_2 O = \boxed{M_2} SO_4 + H_2 SO_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI
Warszawa, Piękna 62. Tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW.PP. LEKARZY.